



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Apoyo social y adherencia terapéutica de pacientes con
lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional
de Salud Lima sur, 2017

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Rosa Marleny Medina Cucho

ASESOR:

Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los servicios de Salud

PERU, 2018

Página del Jurado

Dr. Yolvi Ocaña Fernández

Presidente

Dra. Flor de María Sánchez Aguirre

Secretaria

Dr. Laguna Velazco Jorge Gonzalo

Vocal

Dedicatoria

A Dios a mis padres y a mis hijos quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, que con su ejemplo dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo lo haga más aun cuando todo se complicaba.

Agradecimientos

A la Universidad César Vallejo por la formación profesional recibida.

A mis profesores de la maestría por sus sabias enseñanzas.

A mis compañeros de la universidad César Vallejo

Declaración de Autoría

Yo, Rosa Marleny Medina Cucho, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Apoyo social y adherencia terapéutica de pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017”. Presentada, en 110 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- 1) La tesis es de autoría propia.
- 2) Se ha respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la presencia de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestras acciones se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 09 de febrero del 2018

Br. Rosa Marleny Medina Cucho

DNI: 21526683

Presentación

Señores miembros del Jurado,

De conformidad con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, pongo a vuestra consideración la evaluación de la Tesis titulada “Apoyo social y adherencia terapéutica de pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017”, con la finalidad de conocer los niveles de apoyo social y adherencia terapéutica y la relación entre las variables, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

Esta investigación es un trabajo desarrollado en un Instituto Nacional de Lima sur; y como parte de esta investigación hemos tomado como muestra a los pacientes SIS con lesiones medulares.

La investigación consta de siete capítulos estructuralmente interrelacionados en forma secuencial determinados por la Universidad César Vallejo en su reglamento, como son: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Marco metodológico, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusiones, Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Referencias y VIII Anexos.

Señores miembros del jurado espero cumplir con los requisitos de aprobación.

Los Olivos, 09 de febrero del 2018

Br. Rosa Marleny Medina Cucho

Índice de contenido

	Páginas
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	
Índice de figuras	
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción:	14
1.1 Realidad Problemática	15
1.2 Trabajos previos	16
1.3 Teorías relacionadas al tema	23
1.4 Formulación del problema	36
1.5 Justificación del estudio	37
1.6 Hipótesis	38
1.7 Objetivos	39
II. Método	40
2.1 Diseño de Investigación	41
2.2 Variables, operacionalización	43
2.3 Población y muestra	45
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	46
2.5 Métodos de análisis de datos	52
2.6 Aspectos éticos	52
III. Resultados	53
3.1 Descripción de resultados	54
IV. Discusión	68
V. Conclusiones	73
VI. Recomendaciones	75

VII.	Referencias	77
VIII	Anexos	83
	Matriz operacional de variables	84
	Instrumentos	85
	Base de datos de la confiabilidad	90
	Matriz de datos	92
	Certificados de validez	96
	Artículo coentífico	

Índice de tablas

		Páginas
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable apoyo social	44
Tabla 2	Matriz de operacionalización de la variable adherencia terapéutica	45
Tabla 3	Tabla de población	45
Tabla 4	Tabla de muestra	46
Tabla 5	Escalas y baremos de la variable apoyo social	48
Tabla 6	Baremos de la variable adherencia terapéutica	49
Tabla 7	Juicio de expertos	50
Tabla 8	Confiabilidad del instrumento apoyo social	51
Tabla 9	Confiabilidad del instrumento adherencia terapéutica	51
Tabla 10	Interpretación de Rho de Spearman	51
Tabla 11	Niveles de la variable Apoyo social	54
Tabla 12	Niveles de la dimensión apoyo emocional	55
Tabla 13	Niveles de la dimensión ayuda material	56
Tabla 14	Niveles de la dimensión Relaciones sociales de Ocio y Distracción	57
Tabla 15	Niveles de la dimensión apoyo afectivo	58
Tabla 16	Niveles de la variable adherencia terapéutica	59
Tabla 17	Niveles de la dimensión Tomar el medicamento	60
Tabla 18	Niveles de la dimensión Régimen alimentario	61
Tabla 19	Niveles de la dimensión Ejecutar cambios del modo de vida	62
Tabla 20	Correlación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares	63
Tabla 21	Correlación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes SIS con lesiones medulares	64
Tabla 22	Correlación entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017	65

Tabla 23	Correlación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares	66
----------	--	----

Índice de figuras

Figura 1	Niveles de la variable Apoyo social	51
Figura 2	Niveles de la dimensión apoyo emocional	54
Figura 3	Niveles de la dimensión ayuda material	55
Figura 4	Niveles de la dimensión Relaciones sociales de Ocio y Distracción	56
Figura 5	Niveles de la dimensión apoyo afectivo	57
Figura 6	Niveles de la variable adherencia terapéutica	58
Figura 7	Niveles de la dimensión Tomar el medicamento	59
Figura 8	Niveles de la dimensión Régimen alimentario	60
Figura 9	Niveles de la dimensión Ejecutar cambios del modo de vida	61

Resumen

A continuación se presenta una síntesis de la investigación “Apoyo social y adherencia terapéutica de pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017”. El objetivo de la investigación estuvo dirigido a determinar la relación entre el Apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017, de la muestra estudiada.

La investigación es de tipo básica, el alcance fue descriptivo correlacional y el diseño utilizado es no experimental, de corte transversal. La población fue de 60 pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017. Para recolectar los datos se utilizaron los instrumentos de la variable Apoyo social y adherencia terapéutica; se realizó la confiabilidad de Alpha de Cronbach para ambas variables. El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS (versión 23).

Realizado el análisis descriptivo y la correlación a través del coeficiente de Rho de Spearman, con un resultado de $Rho = ,496$ interpretándose como moderada relación entre las variables, con una $p = 0.00$ ($p < 0.05$), con el cual se rechaza la hipótesis nula por lo tanto los resultados señalan que existe relación significativa entre la variable Apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Palabras claves: Apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes

Abstract

The following is a synthesis of the research "Social support and therapeutic adherence in SIS patients with spinal cord injuries of the National Health Institute of South Lima, 2017". The aim of the research was aimed at the relationship between social support and therapeutic adherence in SIS patients with spinal cord injuries from the National Health Institute of Lima, 2017 of the sample studied.

The research is of basic type, the scope was descriptive correlational and the design used in non-experimental, cross-sectional. The population of 60 SIS patients with spinal cord injuries from the National Health Institute of Lima, 2017. The instruments of the variable Social support and therapeutic adherence are used to collect the data; the reliability of Alpha de Cronbach was performed for both variables. Data processing was performed with the SPSS software (version 23).

Performed the descriptive analysis and the correlation through Spearman's Rho coefficient, with a result of $Rho = .496$ interpreted as a moderate relationship between the variables, with a $p = 0.00$ ($p < 0.05$), with which the hypothesis is rejected Therefore, the results support that there is a significant relationship between the variable Social support and therapeutic adherence in SIS patients with spinal cord injuries at the National Health Institute of South Lima, 2017.

Key words: Social support and therapeutic adherence in patients

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

Se han descubierto algunos exámenes minuciosos que, a causa de la adherencia restaurativa asegurada junto con el sufrimiento de los pacientes a partir de enfermedades peligrosas, promedia la mejor mitad (1, 2). Se trata de esa medida y dominio sobre la escasa adherencia restaurativa a los países en desarrollo, a pesar de la escasez de activos de bienestar. También las desigualdades se unieron para obtener servicios humanos. (OMS, 2004).

Estos indicadores necesitan mucha preocupación, como una tabla para una imagen inadecuada. Para examinar el grado de adherencia restaurativa, la información de dirección necesita ayuda necesaria para crear naciones también subgrupos esenciales, por ejemplo, adolescentes, jóvenes conocidos. También poblaciones menores. Una visión final de la magnitud del problema puede ser crucial para que las poderosas estrategias de ayuda a las deliberaciones avancen hacia la adherencia restaurativa.

La adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS (2004) llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era “un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento”.

Por otro lado, es conocido que el apoyo social es de gran importancia para que un individuo tenga un desarrollo óptimo y satisfactorio viéndose reflejado en el aspecto de la salud y mejorando la calidad de su vida y las de los que lo rodean, la percepción que la persona tiene sobre el apoyo que recibe y que su red sea confiable y efectiva es un factor determinante para la salud del sujeto, siendo esto muy independiente de la situación real de la persona.

Por la problemática antes mencionada se plantearon los siguientes problemas de investigación:

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales.

Ibarra, Pérez y Quintero (2016) titulado: *Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Santiago de Cali, 2014*, cuyo objetivo fue establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con lesión medular crónica. El enfoque fue cuantitativo, el diseño no experimental, transversal correlacional y tuvo un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios, diagnosticados con lesión medular. Se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) para todas las variables de forma inversamente proporcional, es decir, que a mayor calidad de vida relacionada con la salud, menor es el grado de discapacidad; o que a mayor discapacidad, menor; excepto para calidad de vida en salud psicológica y los factores ambientales de la discapacidad ($p = 0.099$). El estudio informó que la adherencia global a los procesos de neurorehabilitación funcional en los LM de este estudio, se vio influenciado por el factor relacionado con el usuario, es decir, esta persona siempre está dispuesta a participar de su rehabilitación, mientras que la de menor adherencia se debe al factor socio-económico; indicador determinante que afecta la continuidad de las terapias, la motivación en la mejoría de su condición de salud y por ende su calidad de vida Vilató.

Martin y Pérez (2015) titulado: *Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida*, el objetivo fue de "caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/sida en un área de salud. Método: estudio de tipo transversal con uso de metodología cuantitativa realizado en el área de salud del Policlínico 4 de abril en Guantánamo entre julio de 2012 y octubre de 2013. Se utilizaron como técnicas de recogida de información una entrevista semiestructurada, el cuestionario "MGB" para la evaluación de la adherencia terapéutica y el cuestionario

de apoyo social "CAS-10". Resultados: prevaleció el nivel parcial de adherencia y desde el punto de vista estructural el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social. Conclusiones: la adherencia al tratamiento en la población estudiada se manifestó en sus tres niveles con un predominio del nivel parcial de adherencia. El apoyo social es insuficiente y la ayuda recibida no satisface. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Prevalece la inseguridad en relación con la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro.

Henao-Lema y Pérez-Parra (2016) titulado: *Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular*; el objetivo fue establecer el nivel de unión a procedimientos de neurorrehabilitación ejecutoria y su vínculo con la incapacidad y la clase de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos colombianos con lesión medular. El estudio fue descriptivo correlacional con 330 participantes en el que se aplicaron diferentes instrumentos de medición: SMAN para adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional, SCI-DAS para discapacidad en lesiones medulares y WHOQOL-BREF para CVRS. Los resultados indicaron que el 80% la discapacidad global fue leve y moderada. 66% de los participantes reportaron niveles medio y alto de adherencia. El promedio de calidad de vida general fue de 68/100 y se encontró correlación significativa, entre el componente ambiental de la discapacidad con la adherencia global y sus factores socio-económico, equipo de asistencia sanitaria, tratamiento y paciente y, por el otro, entre el dominio ambiental de la CVRS con la adherencia global y todos sus factores. El estudio aportó que con personas con dolor lumbar, los niveles más altos de adhesión predicen significativamente la percepción del grado de rehabilitación alcanzada.

Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría y Orozco (2016) titulado *Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial*; el objetivo fue analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo , sobre una muestra de 152 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial a quienes se aplicó el cuestionario MOS que mide apoyo social y una encuesta semiestructurada que mide adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los resultados evidenciaron que el impacto del apoyo emocional fue el más representativo de todas las dimensiones psicosociales del MOS y que más de la mitad de la muestra tuvo una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo a nivel farmacológico . En conclusión, se puede definir que variados elementos culturales tienen un rango fundamental de influenciar en la unión al tratamiento antihipertensivo en los enfermos con hipertensión arterial.

Murua (2015) titulado: *Lesión Medular. Tratamiento*; el objetivo fue realizar una puesta al día sobre el paciente con lesión medular (aspectos generales de su etiología, clínica y complicaciones), así como sobre los recursos terapéuticos disponibles . El método consistió en recurrir a la búsqueda de bibliografía en PubMed y se han consultado los recursos de las principales Asociaciones Médicas y/o Científicas sobre esta patología, la muestra fue un Varón de 71 años. Trabajador en una petrolera durante 32 años, sin antecedentes de traumatismos, ha sido un hombre muy activo hasta la jubilación . Se concluye con un resumen integrador del papel de la fisioterapia en el manejo de los pacientes con lesión medular. El aporte más importante fue se realizaron ejercicios de control de tronco para integrar la funcionalidad de la mano en las AVD (actividades básicas de la vida diaria) y enseñanza de movilizaciones en cama de manera autónoma. A todo esto se le sumo estiramientos de aquellas partes hipertónicas o espásticas .

Vilató, Martín y Pérez (2015) titulado: *Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida*. El objetivo fue caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/sida en un área de salud. El estudio fue de tipo transversal con uso de metodología cuantitativa realizado en el área de salud , se utilizaron como técnicas de recogida de información una entrevista semiestructurada, el cuestionario “MGB” para la evaluación de la adherencia terapéutica y el cuestionario de apoyo social

“CAS-10”. En los resultados: prevaleció el nivel parcial de adherencia y desde el punto de vista estructural el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud . La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social .

Varela y Rivas Amórtegui (2014) titulado: *Adherencia a procesos de neuro rehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Bogotá*; el objetivo fue establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud, en adultos con lesión medular crónica de Bogotá, Colombia . El enfoque fue cuantitativo, el diseño no experimental, participaron 46 personas con lesión medular, y se evaluó el mismo mediante SMAN (Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation), escala utilizada para evaluar la adherencia de personas adultas a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo; Se encontró que y el aporte fue que finalmente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendida como la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad o aplicación de un tratamiento sobre su bienestar físico, emocional y social y la discapacidad entendida como el proceso continuo de ajustes del individuo con una condición de salud específica entre sus capacidades, circunstancias en las que vive, expectativas y las exigencias de su entorno.

Quiroz (2012), titulado: *Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS*, el objetivo fue diseñar un instrumento de evaluación de la adherencia de pacientes adultos a procesos de Neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS, y evaluarlo en sus características de validez interna y de contenido . El enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental y para las pruebas de consistencia interna se contó con la participación de 100 pacientes adultos con

diagnóstico de lesión neurológica, se realizó un muestreo no probabilístico de sujetos tipo. Para las pruebas de validez de contenido se contó con la participación de profesionales de la salud dedicados a la Neurorehabilitación Funcional. Se aplicaron pruebas de consistencia interna para validar el instrumento a través del coeficiente alfa de Cronbach . Resultados: El valor de Alfa de Cronbach teniendo en cuenta todos los factores y cada uno de los ítems del instrumento SMAN fue de 0,835 lo que demuestra una buena consistencia interna o validez longitudinal. Conclusiones: La estructura factorial del SMAN resultado de esta investigación y los ítems que lo componen, muestran una fiabilidad satisfactoria demostrado a través de pruebas de consistencia interna donde se evidenció homogeneidad del instrumento, demostrando el grado con que los elementos que componen la escala miden el mismo concepto .

Gomes, Foss de Freitas y Pace (2012) titulado: *Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas*, con el objetivo de analizar la relación entre apoyo social, adhesión a los tratamientos no medicamentoso (dieta y ejercicio físico) y medicamentoso y control clínico-metabólico de 162 personas. Se trata de un estudio seccional, de abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de instrumentos validados. El apoyo social tuvo correlación directa con la adhesión al tratamiento . Se observó correlación inversa entre adhesión al tratamiento no medicamentoso y índice de masa corporal, así como entre adhesión medicamentosa y presión arterial diastólica. No hubo asociaciones entre apoyo social y variables de control clínico-metabólico. Se concluye que el apoyo social podrá ser útil para obtener la adhesión a los tratamientos. Estudios con otros delineamientos deben ser desarrollados, a fin de ampliar el análisis de las relaciones entre apoyo social y otras variables .

Antecedentes nacionales.

Huahuachampi (2016) titulado: *Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a Hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa*; tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre el Apoyo Social y la Adherencia Terapéutica en personas con

Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 67 personas . Para la recolección de datos se utilizó en la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos: el Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS-SSS) y el cuestionario para evaluar la Adherencia Terapéutica. Se obtuvieron los siguientes resultados: Respecto a las dimensiones del Apoyo Social, el tamaño de la Red Social se encuentra básicamente en el rango de 0 a 5 personas (83.6%) , el Apoyo Emocional y las Relaciones Sociales de Ocio y Distracción se encuentran en el nivel medio (47.8% y 40.3% respectivamente), mientras que la Ayuda Material e Instrumental y el Apoyo Afectivo (73.1% y 71.6% respectivamente) se encuentran en el nivel alto. En relación al Apoyo Social total, este se encuentra dentro del nivel medio (59.7%) . Finalmente, existe relación estadísticamente significativa entre el Apoyo Social y Adherencia Terapéutica en personas con IRC sometidos a hemodiálisis, puesto que mientras mayor sea el apoyo mejor será la adherencia .

Sierralta (2015), en la tesis titulada: *Ajuste mental y Apoyo Social Percibido en pacientes con Cáncer de Tiroides*, el principal objetivo de la tesis fue saber la relación entre el ajuste mental al cáncer y el apoyo social percibido en pacientes con cáncer de tiroides . La muestra comprende a 80 personas de edades que oscilan entre los 25 y 65 años ($M= 45.88$; $DE=11.04$), y pacientes a los que se les brindaba consulta y/o tratamiento ambulatorio en una institución oncológica de Lima-Metropolitana. Se emplearon dos instrumentos: la escala de ajuste mental al cáncer MAC (Trigoso, 2009) y el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social MOS (Costa, Salamero y Gil, 2007). Se encontraron relaciones directas y significativas entre el espíritu de lucha y los tres tipos de apoyo social percibido: emocional/ informacional ($r_s=.22$; $p=.04$), afectivo ($r_s=.29$; $p=.01$) e instrumental ($r_s=.29$; $p=.01$), así como relaciones inversas entre el estilo desamparo/ desesperanza y también los tres tipos de apoyo mencionados: emocional/ informacional ($r_s=-.29$; $p=.01$), afectivo ($r_s=-.31$; $p=.00$) e instrumental ($r_s=-.32$; $p=.00$) . De igual modo se encontró también una diferenciación en el uso de los estilos de ajuste de acuerdo al nivel de instrucción así como una relación significativa y directa entre el estilo desamparo/ desesperanza y la edad de los pacientes. Se concluye que a mayor apoyo, mayor adaptación a la

enfermedad y viceversa , de tal manera que es posible implementar intervenciones con la finalidad de lograr una mejor adaptación al cáncer.

Villalobos (2015), en la tesis titulada: *Apoyo Social en los adultos mayores en un centro de Salud de José Leonardo Ortiz Chiclayo – 2014*, siendo el objetivo de este estudio, demostrar que existe un nivel bajo de apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz-Chiclayo, 2014. Existe un nivel medio de apoyo instrumental y un nivel bajo de apoyo emocional, afectivo e interacción social en los adultos mayores .Se presenta mayor apoyo social en los adultos mayores casados que en los solteros, viudos y divorciados . Las recomendaciones de este trabajo consisten en establecer programas preventivos-promocionales que propicien el fortalecimiento de las redes formales e informales en la cual se incluya al adulto mayor. A los responsables de este Centro de salud, realizar talleres de concientización a la población sobre la importancia del apoyo social que se le debe brindar al adulto mayor, haciendo hincapié en los beneficios que genera un buen soporte familiar y social para las personas de la tercera edad. Para así, contribuir al cambio del paradigma cultural donde la vejez tenga una relación directa con la enfermedad, la falta de productividad y la dependencia, por lo que se debe considerar al adulto mayor como una persona autónoma, productiva y trabajadora .

Espinoza y Olivera (2015) señalaron en su tesis titulada: *Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso, Chimbote, 2014*; tuvo como objetivo conocer la relación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014 . La investigación fue de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, basado en la Teoría de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, la población estuvo conformada por 30 pacientes; para la recolección de datos se utilizó los instrumentos: Escala de valoración de autoestima, Cuestionario de Apoyo Social, Ficha de control. A través del resultado obtenido se llegó a la conclusión que el 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% no cumple por lo tanto existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico

antituberculoso ($p= 0,0221$) ; asimismo existe relación altamente significativa entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico ($p= 0,0013$). El aporte de la investigación fue que se deben considerar otros aspectos de la problemática a la no adherencia como son las percepciones de los pacientes respecto de la enfermedad, el estigma, la influencia del entorno social y familiar .

1.3. Teorías relacionadas al tema

Variable apoyo social

Según Wasserman y Danforth (1988) establecieron que “El apoyo social es un fenómeno familiar y un lugar común de la interacción humana con frecuencia de forma espontánea” (Barahona, 2012, p. 33). El concepto hace referencia a los papeles que desempeña el entorno y que producen un bienestar.

El apoyo social ha sido definido de diversas formas: en algunos estudios epidemiológicos se ha definido como el número de contactos e interacciones mantenidas por una persona, otros estudios lo han definido como la percepción de pertenencia a un grupo a redes sociales de comunicación y obligación mutua mientras que otros autores lo han visto como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones de carácter psicológicas formulándolo en términos de mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales de un individuo pueden protegerlos de la patología inducida por el estrés (Gil, 2004).

Por su parte Oblitas (2010) estableció que el carácter crónico de la enfermedad constituye en sí mismo un problema susceptible de ser analizado en forma independiente, debido al proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad, siendo una de las variables de adaptación, el apoyo social. En función de lo anterior, el estado de enfermedad crónica plantea demandas específicas de apoyo social que determinan, a su vez, las actitudes y conductas de las personas próximas al enfermo, las cuales son en ocasiones opuestas, o no están a la altura de sus necesidades . (p.102).

De acuerdo con Haber (s/f) el apoyo social se define como la asistencia con amor y estima que las personas reciben de parte de otras ya sean éstas

familiares, amigos, vecinos, colegas y/o profesionales de la salud, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica. Generalmente el apoyo social se puede ver en tres aspectos : el apoyo emocional que proporciona a las personas un sentido de seguridad, pertenencia y amor, el apoyo instrumental expresado de manera tangible y directa tal como la ayuda financiera y ayuda con los oficios del hogar, y el apoyo informativo a través de la provisión de consejos e ideas que puedan ayudar a la persona con problemas que estén enfrentando . (Montilla, 2015).

Martos (2010) Ese tipo de ayuda social trae distintivo para el bienestar de los individuos. Un ejemplo: el respaldo mental de unos pocos será excepcionalmente relevante en los minutos posteriores al inicio de la enfermedad, al mismo tiempo que el moldeado instrumental y el apoyo educativo, hacia aquellos colegas en el centro de trabajo, podrían ser excepcionalmente imperativos en la restauración. El respaldo social se utiliza también igual que protegerse contra la patología, asumiendo que un distintivo pertenece a un grupo de respaldo social: en la comunidad, el hogar. Además, el trabajo puede moverse comenzando por un lado con un adicional. Por lo tanto, el respaldo social puede verse como aquellos activos principales para el avance del bienestar. (p. 20)

El respaldo social brinda lo único para la seguridad, tener un lugar. Más control para su entorno. Además, para expandir su respeto hacia uno mismo. Además, para en un determinado estado mental que contrarresta la ansiedad observada. Lo que es más efectos relacionados con el bienestar. Por el contrario, abandona las emociones negativas generales y disminuye el respeto hacia uno mismo. Estos estados mentales negativos activan una expansión de la actividad neuroendocrina, suprimen el marco seguro y de esta manera en el apoyo de las prácticas sólidas. En este caso, la fuerza del respaldo social se verá afectada debería agravar a las personas a sentirse mejor, ya que se sienten ayudadas e incorporadas aseguradas les da energía y entusiasmo.

Por su parte Jaureguizar y Espina (2005) expuso:

Mencionando la multidimensionalidad de un respaldo social puede ser un desafío obtener una estrategia adecuada que lo mida, los problemas se identifican con la realidad de que esas expresiones

estarán conectadas a objetivos y ocasiones subjetivas. Sin embargo, hay algunos cuestionarios que necesitan ayuda a la luz de las evaluaciones de revisión de los sujetos, que proporcionan datos adecuados con la parte del respaldo social específicamente condición. (p.45).

Revisión histórica del Apoyo social

Siguiendo el análisis de López y Chacón (1998), se llega a la conclusión que las primeras conceptualizaciones sobre el apoyo social se inician en los años setenta y ochenta, con los estudio de Cassel y Cobb . “Posteriormente, numerosos estudios comenzaron a dar diferentes definiciones llegándose a la década del 90 a la conclusión que es una variable multidimensional e incluso, concibiéndosele como un metaconcepto (Vaux, et al, 1990; como se citó en Lopez y Chacón, 1999). En la actualidad existen múltiples perspectivas teóricas que buscan agrupar los diferentes componentes del apoyo social, los cuales se detallan más adelante .

Modelos explicativos del Apoyo Social

Modelo del efecto directo

Según Barahona (2012) determina que el respaldo social favorece los niveles de bienestar, que se separan con los niveles de ansiedad que exhiben esas muestras persistentes. En este modelo, la ayuda social puede ser cierta para la persistencia en cualquier caso sobre si alternativamente no se exhibirá el estrés. Se aceptaría que estas ayudas son aquellas que impactan sobre la prosperidad física y entusiasta de las personas o restan las posibilidades comenzando por la antagónica. En este modelo, se propondrían los componentes que lo acompañan: (1) que la ayuda social necesita ciertos cursos fisio-psicológicos que eviten que esas dolencias mejoren alternativamente el bienestar. (2) El hecho de que los auxiliares de apoyo social cambien las prácticas de los individuos logrará resultados seguros de bienestar. (p. 35).

Modelo del efecto amortiguador

Para Barrón, Lozano y Chacón (1988) mantiene que el apoyo social protege al individuo de los efectos patogénicos de las situaciones estresantes. Este modelo considera que el apoyo social es una variable mediadora entre el estrés y la enfermedad, pudiendo resultar dos aspectos :

El apoyo social permite valorar la situación estresante para poder enfrentarla de mejor manera utilizando estrategias no estresantes y el apoyo social amortigua los efectos del estrés impidiendo que las personas tomen las situaciones como estresantes. La certeza de la persona de que dispone de recursos emocionales y materiales, evita que la persona tome cualquier situación, que tal vez para otra persona si lo es, como estresante . (Barahona, 2012, p. 35).

Para Vaux (1988) como se citó en López y Chacón (1999), el apoyo social estaría conformado por cinco mecanismos:

Participación social, posibilita el desarrollo de roles que incrementan la sensación de poder y autoestima. Pertenencia, a una comunidad o grupo incrementa el bienestar. Estima social, están relacionadas con el propio autoconcepto y la propia autoestima. Eventos placenteros, proveídos por la pertenencia a redes sociales y la relación con los demás. Identidades sociales, el sentimiento de pertenencia a redes sociales y el ser reconocido por las mismas permite el desarrollo de diferentes identidades sociales (hijo, padre, pareja, profesional, etc.) . (Baca, 2013, p. 37).

Estos mecanismos posibilitan el desarrollo de poder y autoestima y provocan situaciones placenteras con los demás.

Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores

Baca (2013) manifiesta que la ayuda social modera el impacto negativo que otros componentes tienen en su bienestar, es decir, el respaldo social será la principal prioridad asegurada junto con los estados para proteger a la personas de los antagonistas por ello, fomentando los métodos de ajuste. Como se establece en

este modelo, la ayuda social podría gesticular de dos maneras: servir en redefinir la posibilidad del paradigma y el reconocimiento de las habilidades, haciendo que el representante evalúe la circunstancia como debilitante. Disminuya la eliminación de esos antecedentes de ansiedad que provoca una patología alternativamente en esas circunstancias sobre la minimización. (p. 38).

Características personales y competencia relacional del apoyo social

El INSH (1998) al hablar de las características personales de los sujetos que intervienen en la relación de apoyo social, es imprescindible diferenciar entre quien ofrece el apoyo (emisor) y quien lo recibe (receptor). En este sentido se considera que los factores principales que determinan la frecuencia y calidad del apoyo social son la tendencia a prestar atención a las personas (orientación hacia las personas) y de estilo participativo, la estabilidad emocional, la extraversión, la capacidad de escucha empática y activa y la asertividad . En definitiva, un "buen" jefe, en cuanto a proveedor de apoyo social, lo ha de ser de los cuatro tipos de apoyo mencionados. La cuestión que queda un tanto inconclusa es cómo se llega a ser un buen proveedor de apoyo social. ¿Es una cuestión de rasgos de personalidad? ¿de experiencias sociales y psicológicas previas?, ¿se puede aprender? La concepción tradicional del apoyo social lo ha considerado como una característica propia del ambiente . Sin embargo, no es posible olvidar que el apoyo es básicamente un proceso transaccional, por lo que la disponibilidad de este apoyo dependerá, además de factores organizacionales y situacionales, de características de personalidad de las partes. Se habla de competencia relacional en cuanto que estas características de personalidad del individuo inciden sobre la situación a través de los comportamientos que manifiesta . Puede definirse la competencia relacional como el conjunto de características de personalidad y comportamentales que facilitan la adquisición, desarrollo y mantenimiento de relaciones mutuamente satisfactorias. Cuatro son las formas en cómo esta variable puede influir sobre el apoyo social: En la génesis y elaboración de las relaciones (extraversión, sociabilidad, asertividad). En el desarrollo y mantenimiento de las relaciones (estabilidad emocional, cooperación, empatía y sensibilidad). En la conceptualización de las relaciones (autoestima, afectividad

positiva o negativa). En el empleo de las relaciones para propósitos de apoyo social y la habilidad para movilizar los sistemas de apoyo .

Dimensiones del apoyo social

De acuerdo con Gómez, et al. (2001) relacionó las variables indicando:

Entre los efectos positivos del apoyo social se encuentra aquel que se brinda a las personas enfermas, ya sea a nivel emocional, instrumental, o material. En este sentido, se han encontrado diversos estudios que describen y explican cómo este apoyo resulta ser de gran beneficio para el ajuste, salud y bienestar de personas con enfermedades crónicas, permitiendo una mayor adaptación a la situación y brindando recursos efectivos para su afrontamiento (Orcasita, 2010, p. 72).

Apoyo emocional

Según Schaefer, Coyne y Lazarus (1981) “representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona”. (p. 33).

Para el INSH (1998) definió:

Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional (p 3).

Apoyo instrumental o material

Según Schaefer, Coyne y Lazarus (1981) “tangible o material, hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa” (p. 33).

Para el INSH (1998) definió:

El "soporte instrumental" en las prácticas instrumentales se emiten instrucciones que específicamente ayudan a las personas que lo requieren; Si haces algo en lo que harías o completas el trabajo, a ti te irá bien con alguien. Puede ser obvio que cada instrumento que simplemente modela un gesto también necesita resultados mentales. Y no generalmente positivo; necesita ayuda también necesita ayuda, no es autosuficiente, no tienes capacidad...) (p. 3).

Apoyo de interacción social positiva

Según Schaefer, Coyne y Lazarus (1981) “serían los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos” (p. 33).

Apoyo afectivo

Según Schaefer, Coyne y Lazarus (1981) es el respaldo afectivo los que una persona recurre.

Fuentes del apoyo social

Esas fuentes de ayuda social podrían ser diversas. Esos autores, previamente, un esfuerzo para sistematizar, han sugerido caracterizaciones distintivas. Lo que es más conexiones. House (1981) propone un resumen de nueve fuentes para reclamar apoyo social: pareja o compañero de vida, diferentes parientes, amigos, vecinos, jefes, alternativamente supervisores, compañeros de trabajo, administradores alternativamente cuidadores, superación personal además de expertos en bienestar o administraciones sociales. En perspectiva de las fuentes de respaldo que acompañan al lugar de trabajo, vale la pena señalar los respaldos que podrían proporcionar ese jefe y el colaborador.

El apoyo del superior es especialmente importante en aquellas situaciones en las que las oportunidades para la interacción entre compañeros son limitadas . Esta

circunstancia se convierte en numerosas ocupaciones modernas y de oficina o donde el trabajador tiene una gran versatilidad o trabaja con un montón de autogobierno (negocios, empleos con beneficios). En estos casos, cada uno de los jefes esperaba ayuda. Inteligentemente, cuando el administrador está en la fuente principal de ayuda, se garantiza que tiene cada uno de los cuatro tipos de ayuda. A causa de los colaboradores, hay factores, principalmente identificados con la estructura de la asociación, que afectan la ayuda que brinda. Por ejemplo, los empleos a destajo y los empleos exclusivamente compensados tienen un nivel de ayuda social entre colaboradores significativamente más jóvenes que incluyen asociación y participación. Sea como fuere, las fuentes de la ayuda social no son en teoría: no son gerentes o amigos, sino que es el supervisor o cómplice X. Verdaderamente, hay elementos y asociaciones cercanas al hogar que van a lo particular y deciden el forma y tipo de ayuda social sólida que se da como una regla general. En consecuencia, es importante aludir a los atributos individuales que alientan o bloquean la capacidad de dar o reforzar, la capacidad social y los determinantes jerárquicos y sociales.

1.2.1 Bases teóricas del variable Adherencia Terapéutica

Según la OMS (2004) La unión restaurativa se caracteriza por el grado en que las conductas, tomando esos medicamentos, acompañan a un régimen de alimentación. También evolucionan los cambios en el estilo de vida, lo que corresponde a las propuestas aprobadas hacia un experto en bienestar.

Según Sábato (2004) estableció que son diversos estudios han determinado que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas define el éxito terapéutico. La adherencia depende de varios factores tanto del paciente como de su entorno, siendo clave la relación con el medio. Dentro de los factores estudiados que influyen se tiene: el factor socioeconómico y demográfico , los factores del sistema de asistencia sanitaria, los factores relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente (incluye ahí la falta de apoyo social, familiar y autoestima) . Todos estos factores interactúan, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica. La deficiente adherencia terapéutica multiplica las dificultades de mejora de la salud de las poblaciones y

produce despilfarro y subutilización de los recursos que son de por sí limitados (p.55).

Lorenzo (2008) Se muestra que el tema sobre la baja adherencia restaurativa se separará de la mitad de los pacientes que los inmiscuyen además de los individuos que lo toman erróneamente debido a un retraso en el cronograma; A la larga, existe un riesgo de reclamar dificultades cardiovasculares. Los pacientes que interfieren con la medicina hablan de un problema importante, un resultado directo, su conducta puede ser intencional, interrumpidos, reanudarlos es una cantidad mayor, era problemático. Sin embargo, los pacientes que abusan tienen un mayor peligro de abandonar el tratamiento, algo así puede ser crítico para distinguirlos.

Existen diversos métodos para valorar la adherencia, generalmente se clasifican en dos grandes grupos: directos e indirectos. Los directos están basados en la determinación del fármaco y sus metabolitos, monitorizando sus niveles séricos y su determinación en orina. Son objetivos y específicos, pero no siempre es posible emplearlos porque son caros y sólo informan de fármacos tomados recientemente . En cambio los métodos indirectos la valoran a partir de informaciones que proporciona el paciente u otras personas relacionadas con él, suelen ser sencillos y económicos, por lo que se utilizan sobre todo en poblaciones amplias . Entre ellos destacan: entrevista al paciente o a sus familiares, cuestionarios, información procedente de enfermeras o médicos, el recuento de comprimidos, el control de dispensación, el MAPA, el AMPA, el resultado del tratamiento y la aparición de reacciones adversas. Los últimos mencionados son muy poco fiables por su baja utilidad práctica. Además podemos utilizar los sistemas electrónicos de monitoreo – MEMS .

Modelos de cognición social

Kasl y Cobb (1966) estableció que es un modelo de conducta que son modificados, por lo que cualquier persona puede tener comportamientos saludables que contribuyen a su salud y bienestar. También se definió como

cualquier actividad o acción que realiza una persona que la cree saludable, con el objetivo de prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa sin síntomas. (Ehrenzweig, 2007).

Por otro lado Sackett, (1976) la definió “como el grado en el cual la conducta del paciente (en términos de tomar medicinas, seguir dietas o ejecutar otros cambios en el estilo de vida) coincide con la prescripción clínica privada”; posteriormente, Haynes (1979) la definiría como “la medida en que las conductas de una persona (en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o de realización de cambio de estilos de vida) coincide con el consejo médico o sanitario”.

En general la adherencia comprende diversos comportamientos tales como (Fernández y cols., 1998; Rodríguez, 1999; Barra, 2002) definieron que la propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, el realizar cambios apropiados en el estilo de vida o la evitación de conductas contraindicadas .

El desconocimiento por parte del médico acerca del apego a la prescripción correcta, la recurrencia de los síntomas e incluso el agravamiento de la enfermedad puede llevar a un desperdicio de recursos mal utilizados (Ortiz, 1996).

El modelo de creencias en salud (MCS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946), creada para promover el desarrollo sanitario en todas las regiones del mundo, así como para luchar contra las enfermedades, además del desarrollo de las ciencias sociales y del reconocimiento de que los aspectos médicos y sociales no eran suficientes para explicar el complejo fenómeno de la salud-enfermedad, da especial importancia a tres dimensiones básicas para analizar en cualquier episodio de enfermedad: la percepción de la susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, la percepción del grado de amenaza de la misma, la evaluación subjetiva de las repercusiones a la salud, y en lo social, las implicaciones de la enfermedad y la percepción de los beneficios, y la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Marteau, 1993; Álvarez, 2002).

Factores de adherencia terapéutica

Como se entiende el término adherencia restaurativa incorpora tanto la vitalidad sobre la medicina farmacológica. Lo que es más propuestas dietético-higiénicas para los parientes enfermos.

El punto al decir sobre Martin (2009) con el objetivo de que se cumpla con la medicación, es necesario que los acompañantes se vean en este proceso: reconocimiento concurrente del tratamiento, la mitad del tolerante. Además, tanto médico, como lo afirman los asociación del esfuerzo médicamente coordinado entre el tolerante, por una perspectiva del método que certifica la aceptabilidad y el reconocimiento de esto por ambos. Consistencia para esos medicamentos. Del mismo modo, aquellos grados en los que dicho representante dijo hasta el último de las prescripciones médicas mostradas por ese asesor. Soporte dinámico asegurado junto con el cumplimiento, comprendido como el nivel de inversión tolerante en el escaneo de metodologías sobre la conformidad de la garantía. Manera voluntaria de actividades de cumplimiento, atrapada similar al grado en que la perspicacia participa en la ejecución de las actividades hacia el establecimiento de los esfuerzos importantes para garantizar la coherencia con las necesidades.

Para la OMS (2004) la adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente .

Factores socioeconómicos

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar .

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Servicios de personalización, falta de marcos para la distribución de medicamentos, ausencia de información, preparación para la facultad de bienestar en el control de reclamos de enfermedades constantes, proveedores de servicios humanos sobrecarga para el trabajo, ausencia de incentivos, consultas breves, límite mínimo del marco para enseñar a los pacientes lo que es más seguimiento, impotencia para crear respaldo grupal también capacidad de autocuidado, ausencia de información con respecto a la adherencia e intercesiones convincentes para seguir adelante.

Factores relacionados con la enfermedad

Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos .

Factores relacionados con el tratamiento

Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos .

Factores relacionados con el paciente

Esos recursos, conocimientos, actitudes, creencias, reconocimientos y deseos de los enfermos. Además, olvido, estrés psicosocial, angustia debido al tiempo, permite efectos poco amistosos, baja motivación, información insuficiente, no reconoce su necesidad, impacto alternativo. También comprende esas instrucciones, alrededor de diferentes componentes de inversión poco común consideran estos elementos tolerantes a los ancianos.

Dimensiones de adherencia terapéutica

Las dimensiones se han establecido de acuerdo a la definición de la OMS (2004) que dimensionó a la adherencia terapéutica como: “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las

recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos .

Tomar el medicamento

Veliz, Mendoza y Barriga (2015) estableció que la toma de medicamentos. Se podría explicar por factores culturales:

El papel de la mujer está confinada como una figura parental en el ambiente de la familia, lo que podría destacarse en aquellas ocasiones en las que se puede optar por las siguientes opciones de reclamo de medicación. Aquellos que retiran algo de tiempo de reclamar examinarse estaban conectados con aquellos que se ponen al día con los medicamentos. Una medida que expande la escolaridad, construye esa puntuación de adherencia en la toma de medicamentos. Este demuestra, por un lado, el resultado de ese nivel de educación, en la comprensión y comprensión de la enfermedad y, por lo tanto, en la realización de esa medicina farmacológica. (Párr. 9).

En la toma de medicamentos los estudios han revelado que la mujer cumple un rol muy importante como cuidadora del ámbito familiar.

Las mujeres están rodeadas como figura parental en el entorno familiar, lo que podría ser notable al momento de decidir sobre las opciones para controlar el tratamiento de la medicación. Los tiempos de estudio estuvieron relacionados con el seguimiento de la toma de medicamentos, a medida que se expande la tutoría, el puntaje de adherencia en la toma de incrementos de solución. Esto se puede aclarar desde un punto de vista, a la luz del hecho de que el nivel de tutoría puede entrometerse en la comprensión y el reconocimiento de la enfermedad y, de esta manera, en completar el tratamiento farmacológico.

Régimen alimentario

OMS (2004) Incorpora hasta el último de las bebidas de sustento fundamental que conseguirá un excelente funcionamiento del ser vivo. Según lo indicado por su composición, esas cualidades dietéticas, en su salud, estas sustancias deben tener la capacidad de alcanzar un aspecto en el ser vivo que permita una mejora.

Ejecutar cambios del modo de vida

Lago (2015) estableció que cuantos más cambios se sugieran en la actividad habitual de la vida cotidiana, más posibilidades de fallas o problemas de adherencia. En algunos tratamientos la administración es más compleja ej. en el caso de necesitar inhalador, se suma el correcto uso del mismo, a veces la dificultad para usarlo como en caso de sufrir artrosis , etc. Algunos tratamientos requieren bajar de peso, cambiar de estilo de vida. Si se cambia de fabricante del mismo medicamento pero tiene cambio de aspecto o color puede provocar que deje de tomarlo entre un 30% a 60%. Por eso la importancia de la isoapariencia o bioapariencia, dos productos con el mismo principio activo deben tener etiquetas, etc., que los identifique como tales (p. 104).

Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

En su artículo estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en las patologías clínicas, Orueta (2005, p.41) expone una serie de aspectos que deben estar presentes en toda intervención con los clientes. Estos son: (a) no culpabilizar – es de suma importancia no culpar, ni regañar al cliente por este no haber cumplido con el tratamiento ; (b) individualización de la intervención – dado a que la adherencia tiene un origen multifactorial, es necesario establecer intervenciones individuales, basadas en las características de la enfermedad y las del cliente; (c) fortalecimiento de la relación – es importante establecer una adecuada relación y comunicación con el médico y/o equipo de salud, donde el cliente sienta la confianza y libertad de exponer sus preocupaciones y preguntar acerca de su tratamiento y salud ; (d) participación de distintos profesionales- para la educación del cliente sobre su enfermedad y tratamiento y la intervención con éxito para evitar la conducta de adherencia deficiente, deben ser incluidos otros profesionales como la enfermera, el farmacéutico, los profesionales de la conducta , etc.

1.4 Problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017?

Problema específico 3

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017?

1.5 Justificación del estudio

Justificación teórica

La variable apoyo social se sustenta teóricamente en Sherbourne y cols, por lo que permite conocer la red familiar y extrafamiliar, se ha evaluado el apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Por otro lado, la variable adherencia terapéutica sustenta sus bases teóricas en OMS (2004) que dimensionó a la adherencia terapéutica como: “el

grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos (p.9). La adherencia o cumplimiento terapéutico, es verdaderamente un problema de salud pública, y juega un papel crucial en el desarrollo de la morbimortalidad y en los procesos de prevención. Es también, sin embargo, un objetivo difícil de alcanzar. Se ha considerado que el cumplimiento terapéutico es una cuestión importante que compromete tanto a los proveedores de servicios de salud como a los usuarios de los mismos. Por el contrario, el incumplimiento acarrea graves riesgos para la salud además de un enorme costo sanitario . En algunas revisiones relativamente recientes, se llega a concluir que tan solo uno de cada dos pacientes cumple fielmente con las recomendaciones de tratamiento .

Justificación metodológica

El presente estudio se justifica metodológicamente porque se estableció la relación entre las variables, además se realizó la confiabilidad y validación de instrumentos mediante juicio de expertos. Los pacientes en relación a la adherencia terapéutica han realizado abandono de sus tratamientos y no existe mejoría debido a que hay pacientes de provincias, entre otros factores, como los escasos recursos económicos acuden a dicha institución a fin de rehabilitarse, pero no tienen a sus familiares cerca y a veces incumplen con lo adecuado para su mejoría y una buena calidad de vida.

Justificación práctica

Los resultados posibilitaron realizar las recomendaciones que representan una alternativa de solución a la problemática encontrada en el Instituto de Salud Nacional de Lima sur.

1.6 Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Hipótesis específicas**Hipótesis específica 1**

Existe relación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017

Hipótesis específica 2

Existe relación entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017

Hipótesis específica 3

Existe relación entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

1.7 Objetivos de la muestra**Objetivo general**

Determinar la relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Objetivos específicos**Objetivo específico 1**

Determinar la relación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

II. Método

2.1 Diseño de Investigación

El enfoque fue cuantitativo, debido a que se utilizó la estadística para expresar los resultados.

Tipos de estudio

Según los autores Sánchez y Reyes (2015), la presente investigación es de tipo Sustantiva ya que está orientada, a describir, explicar, predecir o retro decir la realidad. Es aquella que trata de responder a los problemas sustanciales.

Los estudios descriptivos “están dirigidos a la razón de la realidad tal como se muestra en una situación espacio, tiempo determinado” (Sánchez y Reyes, 2015, p. 38)

Los estudios de correlación se orientan a la determinación del nivel de correlación existente entre dos o varias variables de utilidad en una misma muestra de sujetos. (Sánchez y Reyes, 2015, p. 104).

El presente estudio fue descriptivo, estos son observacionales, no se manipula la variable de estudio, solo se observa el comportamiento de esta en condiciones normales. Un estudio descriptivo es un tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar. Los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es .

Según Tamayo y Tamayo (p. 35), estableció que la investigación descriptiva “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente”. Por lo que el investigador es más que un tabulador de datos, sino que cada información será importante para plantear sus hipótesis o teorías, analizar los resultados y extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento .

Método

Según los autores Sánchez y Reyes (2015) la metodología utilizada fue el método Hipotético deductivo. Que parte de una Hipótesis aceptable, como consecuencia de su deducción de datos, en la aceptación de los objetos y procesos existe determinado ordenamiento que permite descubrir regularidades, tendencias, leyes o principios. Crea hipótesis para explicar dicho fenómeno, para luego realizar la verificación de ellas, para extraer de ellas conclusiones particulares, comparando con la experiencia.

El término metodología se define como el grupo de mecanismos o procedimientos racionales, empleados para el logro de un objetivo, o serie de objetivos que dirige una investigación científica. Este término se encuentra vinculado directamente con la ciencia, sin embargo, la metodología puede presentarse en otras áreas como la educativa, en donde se encuentra la metodología didáctica o la jurídica en el derecho.

Diseño de investigación

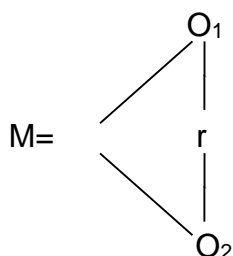
El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal, ya que no se hará ningún experimento alguno, ni se aplicará algún tratamiento o programa, esto quiere decir que no habrá ninguna manipulación de variables, pues se observará cómo se comportan las variables en un determinado momento y en un contexto natural . El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal, ya que no se hará ningún experimento alguno, ni se aplicó algún tratamiento o programa, esto quiere decir que no habrá ninguna manipulación de variables, pues se observó cómo se comportan las variables en un determinado momento y en un contexto natural .

Hernández, Fernández y Baptista (2014) sobre el corte transversal señalaron: Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede . (p. 151).

Según Hernández, *et al.* (2014) mencionó que es descriptivo, no experimental y de corte transversal porque: La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo y población (p. 80).

Según Hernández, *et al.* (2014, p. 149) la investigación tiene un diseño no experimental, de corte transversal y descriptivo correlacional, pues no hubo ninguna manipulación de la realidad y la recolección de datos se realizará en un momento único del tiempo y de carácter descriptivo correlacional, porque las variables 1 y 2 tienen relación el uno del otro. (p. 152).

El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:



Dónde:

M: 60 pacientes hospitalizados

O₁: Observación sobre apoyo social

r: Relación entre variables.

O₂: Observación sobre la adherencia terapéutica

2.2 Variables, operacionalización

2.2.1 variable 1: Apoyo social

Definición conceptual.

Según Wasserman y Danforth (1988) establecieron que “El apoyo social es un fenómeno familiar y un lugar común de la interacción humana con frecuencia de forma espontánea” (Barahona, 2012, p. 33).

Definición operacional

Conjunto de estrategias para medir la variable apoyo social, con dimensiones como apoyo Emocional, Material, Relaciones sociales de Ocio y Distracción y apoyo afectivo, medido con un instrumento de escala ordinal.

Variable 2: adherencia terapéutica en los pacientes

Definición conceptual.

Para la OMS (2004) la adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente .

Definición operacional

Conjunto de estrategias para medir la variable adherencia terapéutica, tomando en cuenta las dimensiones como: Tomar el medicamento, Régimen alimentario, Ejecutar cambios del modo de vida; medido con un instrumento de escala ordinal.

2.2 Operacionalización de la variable

Tabla 1

Operacionalización de la variable apoyo social

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles y rangos
(a) Emocional	Sí tiene apoyo social	3,4,8,9,13,16,17 y 19	Cualitativo Politómica	Alto Medio Bajo
(b) Material		2,5,12 y 15	Nunca=1 Pocas veces=2	
(c) Relaciones sociales de Ocio y Distracción	No tiene apoyo social	7,11,14 y 18	Algunas veces=3 La mayoría de veces=4	
(d) apoyo afectivo		6,10 y 20	Siempre=5	

Tabla 2

Operacionalización de la variable adherencia terapéutica

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles y rangos
(a) Tomar el medicamento.	Sí adherente	1,2,8,3	Cualitativo Politómica 1=Nunca 2=A veces 3= Casi siempre 4= Siempre	Buena Regular Mala
(b) Régimen alimentario	No adherente	4,5,6,7,		
(c) Ejecutar cambios del modo de vida		9,10,11y 12		

2.3 Población, muestra y muestreo**2.3.1 Población.**

Población es un conjunto definido, limitado y accesible del universo que va a formar el referente para la seleccionar la muestra, viene a ser el grupo al que se intenta puntualizar los resultados (Bernal, 2010, p.54).

Se cuenta con una población total de pacientes SIS y en un año, 100 pacientes acuden al instituto de rehabilitación, por lo que durante el desarrollo del trabajo se cuenta con 100 pacientes de lesiones medulares que acuden y son hospitalizados a fin de llevar una mejora en su tratamiento.

Tabla 3

Población

Pacientes SIS	Cantidad
Rehabilitación	100
Total	100

Muestra

“Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. La muestra es una parte representativa de la población” (Hernández, *et al.*, 2014, p.173).

Tabla 4

Muestra

Pacientes SIS	Población	Muestra
Rehabilitación	100	60
Total	100	60

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes hospitalizados de SIS.

Criterios de inclusión:

Pacientes hospitalizados de SIS ingresados en el último semestre.

Criterios de exclusión

Pacientes de consultorios externos.

Muestreo

Según Sánchez y Reyes (2015) el muestreo no probalístico “es aquel en el cual no se conoce la probabilidad o posibilidad de cada uno de los elementos de una población de poder ser seleccionado en una muestra” (p.160). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

Existen diversas técnicas para recolectar los datos es en función al objetivo, que van a permitir obtener informaciones. Dentro de las técnicas se encuentran: observación, la entrevista, la encuesta, la técnica socio métrica y escala de actitud

Para Sánchez y Reyes (2015) la encuesta consiste en tener la información acerca de las variables en estudio por medio de los sujetos a través de sus opiniones, actitudes o sugerencias . Por lo que en la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta. Se realizó una exhaustiva revisión de literatura sobre instrumentos sistemas de medición utilizados anteriormente lo cual ayudó a identificar las herramientas necesarias en este estudio.

La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta, pues esta nos permitió, indagar las características, opiniones, hábitos, etc. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). La encuesta facilita la recolección de datos, además permite que se pueda aplicar en un omento determinado y sin personal especializado .

Instrumento de recolección de datos

El instrumento usado fue el cuestionario detallado de Medical Outcomes Study (MOS) para apoyo social y el Martín Bayarre-Grau (MBG) para la adherencia terapéutica.

Ficha técnica de la variable Apoyo social

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS).

Adaptado: Revilla, L, Luna, J., Bailón, E.

Año: 2005

Objetivo: Conocer los niveles de apoyo social

Contenido: Se midió el apoyo social según cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), mediante 19 items, aunque el instrumento original cuenta con 20 items, para el procesamiento de niveles se consideran desde la pregunta 2 a la 19; debido a que la pregunta 1 es de escala nominal y las demás son de escala ordinal.

Escala de medición

Nunca =1

Pocas Veces =2

Algunas Veces =3

La Mayoría de Veces =4

Siempre =5

Tabla 5

Escalas y baremos de la variable apoyo social

Cuantitativo					Cualitativo
General	Dim1	Dim2	Dim3	Dim4	
70-95	30-40	16-20	16-20	12-15	Alto
45-69	19-29	10-15	10-15	7-11	Medio
19-44	8-18	4-9	4-9	3-6	Bajo

Ficha técnica de la variable adherencia terapéutica**Técnica:** Encuesta**Instrumento:** Cuestionario**Autor:** Martín Bayarre Grau**Año:****Objetivo:** Conocer los niveles de adherencia terapéutica

Contenido: Se midió la adherencia terapéutica mediante el cuestionario de Martín Bayarre Grau, con 12 ítems dividido en tres dimensiones tomar el medicamento, Régimen alimentario y Ejecutar cambios del modo de vida.

Escala

Nunca =1

A Veces =2

Casi siempre =3

Siempre =4

Tabla 6.

Baremos de la variable adherencia terapéutica

General	Cuantitativo			Cualitativo
	Dim1	Dim2	Dim3	
36-48	13-16	13-16	13-16	Buena
24-35	8-12	8-12	8-12	Regular
12-23	4-7	4-7	4-7	Mala

Validación y confiabilidad del instrumento.**Validez**

Según Sánchez y Reyes (2015) Es la propiedad al cual se hace referencia a que todo instrumento debe medir lo que se ha propuesto medir, es decir que debe demuestre efectividad al obtener los resultados de la capacidad o aspectos que asegura medir (p.167).

La validación del instrumento se desarrolló por juicio de expertos, es decir que el diseño y elaboración fue de fuente propia con la revisión y asesoría de un experto para el desarrollo pertinente de los ítems, posteriormente fueron tres expertos quienes revisaron y elaboraron precisiones las cuales fueron levantadas . Asimismo, la confiabilidad del instrumento partió de someter el mismo al SPSS, versión 23.

Validez de Contenido.

Según Sánchez y Reyes (2015) Se afirma que un instrumento tiene validez de contenido cuando los ítems que lo integran constituyen una muestra representativa de los indicadores del a propiedad que mide . La validez de los instrumentos se realizó mediante juicio de expertos que aprobaron la adecuada elaboración del instrumento.

Tabla 7

Juicio de expertos de las variables

Expertos	Cuestionario 1 y 2
Dr.	Aplicable
Mgtr.	Aplicable
Mgtr.	Aplicable

Confiabilidad.

Según Sánchez y Reyes (2015) Viene hacer “el grado de consistencia de los puntajes obtenidos por un mismo grupo de sujetos en una serie de mediciones tomadas por el mismo test. Es la estabilidad y constancia de los puntajes logrados en un test” (p.168).

Se realizó un piloto de una encuesta Se ingresó los datos al Excel 2010 y se realizó la prueba Cronbach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

K (Número de ítems)

Vi (Varianza independiente)

Vt (Varianza del total)

Según la evaluación de los coeficientes de alfa de Cronbach:

-Con un resultado de >0.9 es excelente

>0.8 es bueno

>0.7 es aceptable

>0.6 es cuestionable

>0.5 es pobre

La escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores (Hogan, 2004):

Alrededor de 0.9, es un nivel elevado de confiabilidad.

0.8 o superior, considerada como confiable.

Alrededor de 0.7, se considera como baja.

Tabla 8

Confiabilidad del instrumento apoyo social– Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N° elementos
,926	19

En función a los resultados, teniendo en cuenta el índice de fiabilidad obtenido igual a 0.926, se asume que el instrumento es confiable y se procedió a su aplicación.

Tabla 9

Confiabilidad del instrumento adherencia terapéutica – Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N° elementos
,847	12

En función a los resultados, teniendo en cuenta el índice de fiabilidad obtenido igual a 0.847, se asume que el instrumento es confiable y se procedió a su aplicación.

Tabla 10

Interpretación de Rho de Spearman

Valor	Lectura
De – 0.91 a – 1	Correlación muy alta
De – 0,71 a – 0.90	Correlación alta
De – 0.41 a – 0.70	Correlación moderada
De – 0.21 a – 0.40	Correlación baja
De 0 a – 0.20	Correlación prácticamente nula
De 0 a 0.20	Correlación prácticamente nula
De + 0.21 a 0.40	Correlación baja
De + 0.41 a 0.70	Correlación moderada
De + 0,71 a 0.90	Correlación alta

De + 0.91 a 1

Correlación muy alta

El coeficiente r de Spearman puede variar de -1.00 a + 1.00, donde:

2.5 Métodos de análisis de datos

Los datos se tabularán en el programa Excel 2010 y se procesarán mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics V. 23. Referente al análisis estadístico,

El análisis descriptivo consistió en realizar frecuencias y porcentajes.

Para probar la relación entre variables se empleó el procedimiento estadístico de Rho de Spearman, considerando resultados significativos un $p < 0.05$.

2.6 Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó en cuenta las consideraciones éticas básicas sobre el consentimiento informado a los participantes, cuyos datos se manejarán de manera confidencial, ya que las encuestas fueron anónimas. Se solicitará anticipadamente la autorización respectiva de la institución en mención para la realización del presente estudio.

Así mismo, En esta tesis se basó en los valores éticos universalmente aceptados. Según Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002, toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que 21 estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. El diseño y la ejecución de cada procedimiento se formularon claramente y ajustado a las leyes y reglamentos del país, la investigación no faltará contra la ética al falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, según el artículo 86°. Todas estas consideraciones ayudarán a desarrollar un buen trabajo de investigación sin faltar a la ética y según todas las leyes establecidas en nuestro país.

III. Resultados

3.1 Análisis descriptivo de los resultados

Descripción de la variable apoyo social y sus dimensiones

Tabla 11

Niveles de la variable apoyo social

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	8	13,3
	Medio	48	80,0
	Alto	4	6,7
	Total	60	100,0

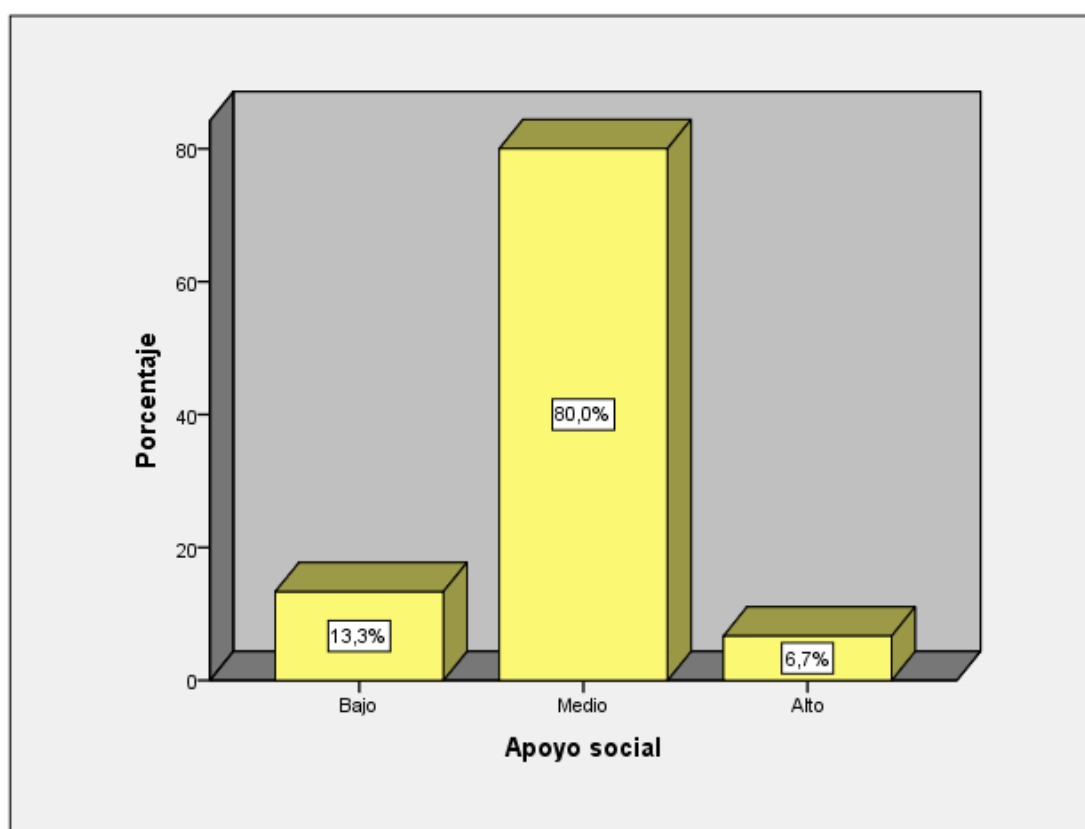


Figura 1. Niveles de la variable Apoyo social

En la Tabla 11 y Figura 1, se encontró que el 13.3% presentan un nivel bajo, el 80% presentan nivel medio y el 6.7% presenta un nivel alto con respecto a la variable apoyo social.

Descripción de la dimensión apoyo emocional

Tabla 12

Niveles de la dimensión apoyo emocional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	11	18,3
	Medio	43	71,7
	Alto	6	10,0
	Total	60	100,0

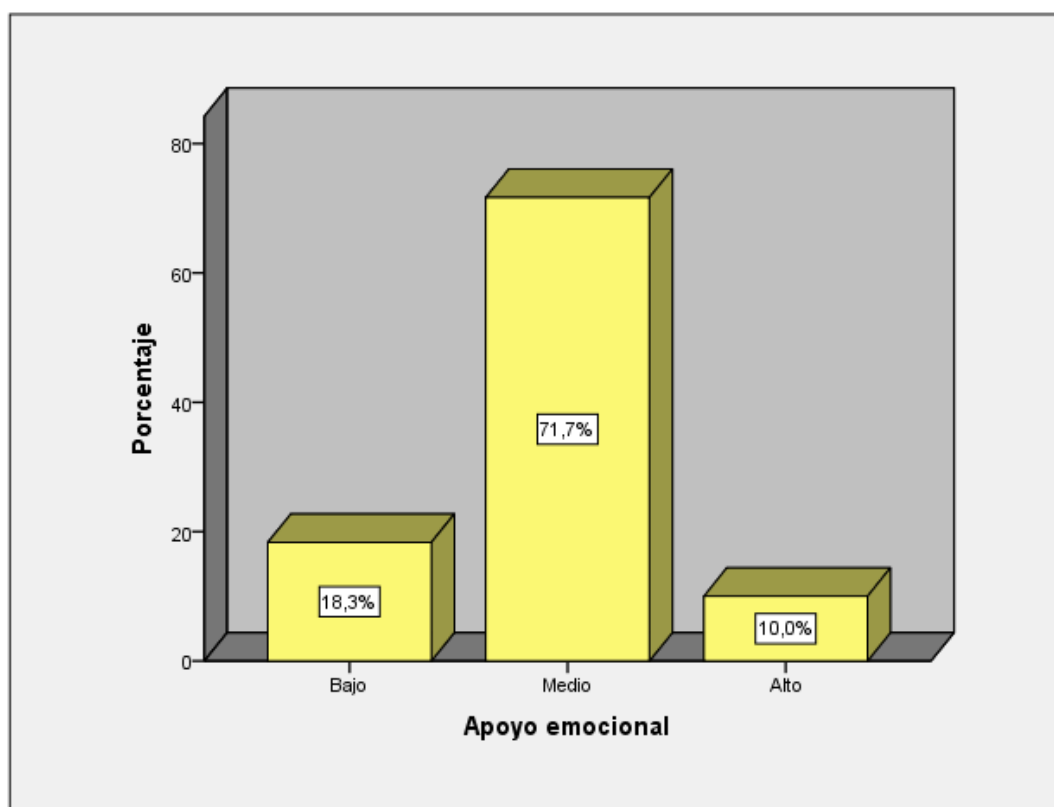


Figura 2. Niveles de la dimensión apoyo emocional

En la Tabla 12 y Figura 2, se encontró que el 18.3% presentan un nivel bajo, el 71.1% presentan nivel medio y el 10% presenta un nivel alto con respecto al apoyo emocional.

Descripción de la dimensión ayuda material

Tabla 13

Niveles de la dimensión ayuda material

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	13	21,7
	Medio	40	66,7
	Alto	7	11,7
	Total	60	100,0

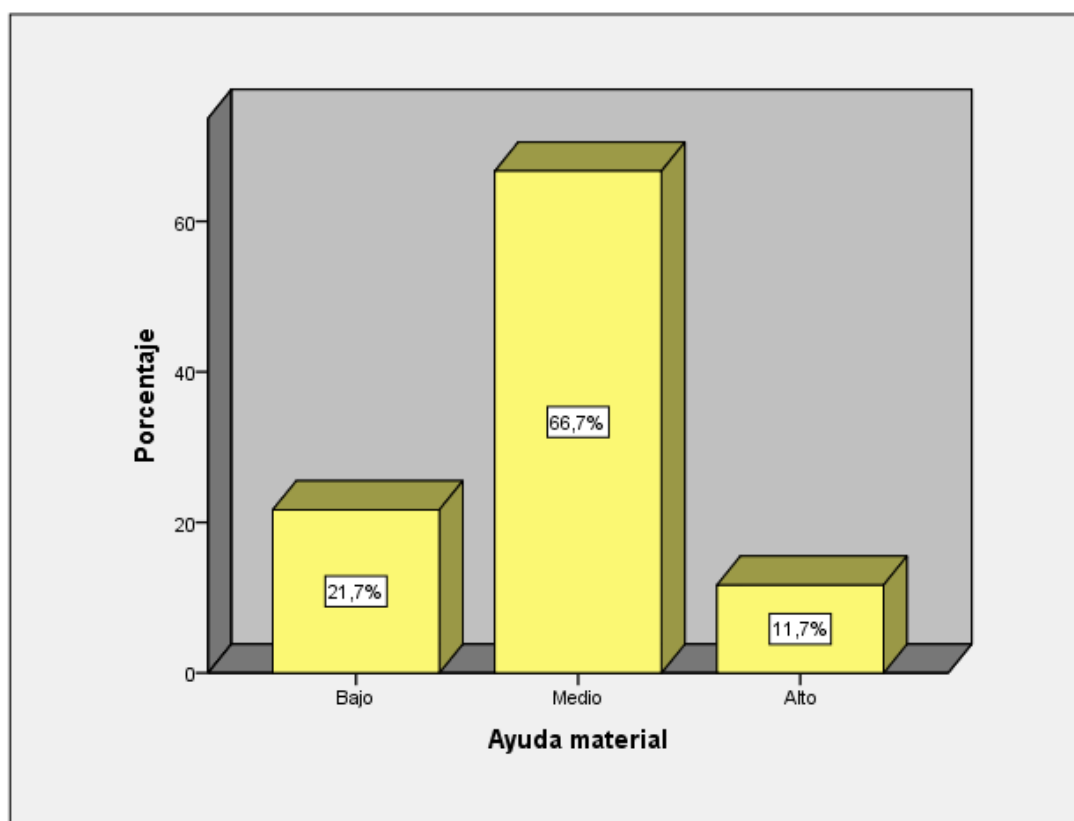


Figura 3. Niveles de la dimensión ayuda material

En la Tabla 13 y Figura 3, se encontró que el 21.7% presentan un nivel bajo, el 66.7% presentan nivel medio y el 11.7% presenta un nivel alto con respecto a la ayuda material.

Descripción de la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción

Tabla 14

Niveles de la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	8	13,3
	Medio	47	78,3
	Alto	5	8,3
	Total	60	100,0

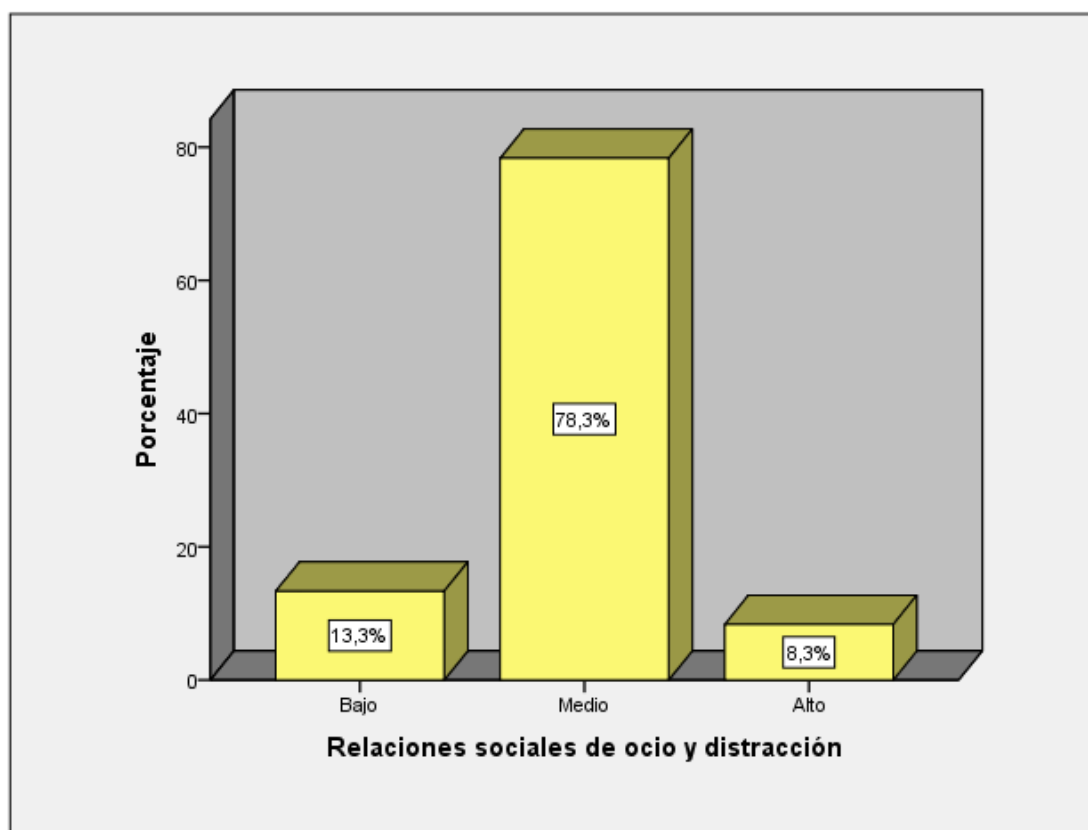


Figura 4. Niveles de la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción

En la Tabla 14 y Figura 4, se encontró que el 13.3% presentan un nivel bajo, el 78.3% presentan nivel medio y el 8.3% presenta un nivel alto con respecto a la ayuda Relaciones sociales de Ocio y Distracción.

Descripción de la dimensión apoyo afectivo

Tabla 15

Niveles de la dimensión apoyo afectivo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	7	11,7
	Medio	47	78,3
	Alto	6	10,0
Total		60	100,0

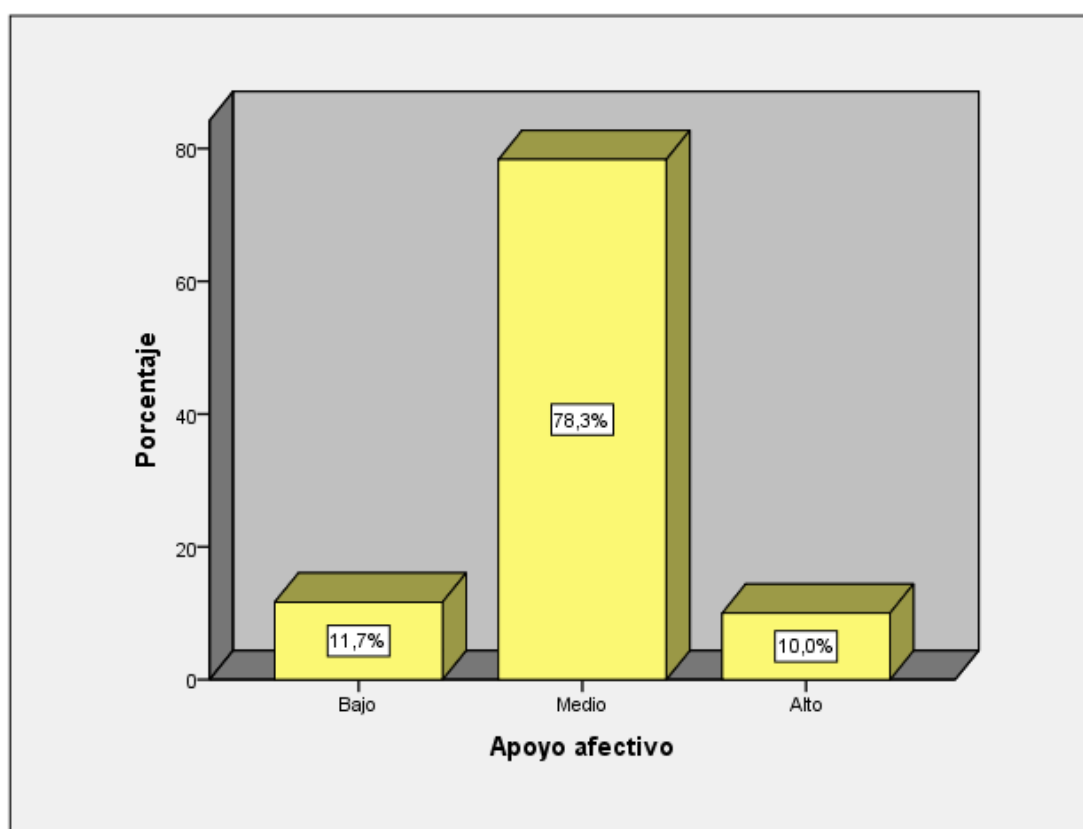


Figura 5. Niveles de la dimensión apoyo afectivo

En la Tabla 15 y Figura 5, se encontró que el 11.7% presentan un nivel bajo, el 78.3% presentan nivel medio y el 10% presenta un nivel alto con respecto al apoyo afectivo.

Descripción de la variable adherencia terapéutica

Tabla 16

Niveles de la variable adherencia terapéutica

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	4	6,7
	Regular	38	63,3
	Mala	18	30,0
	Total	60	100,0

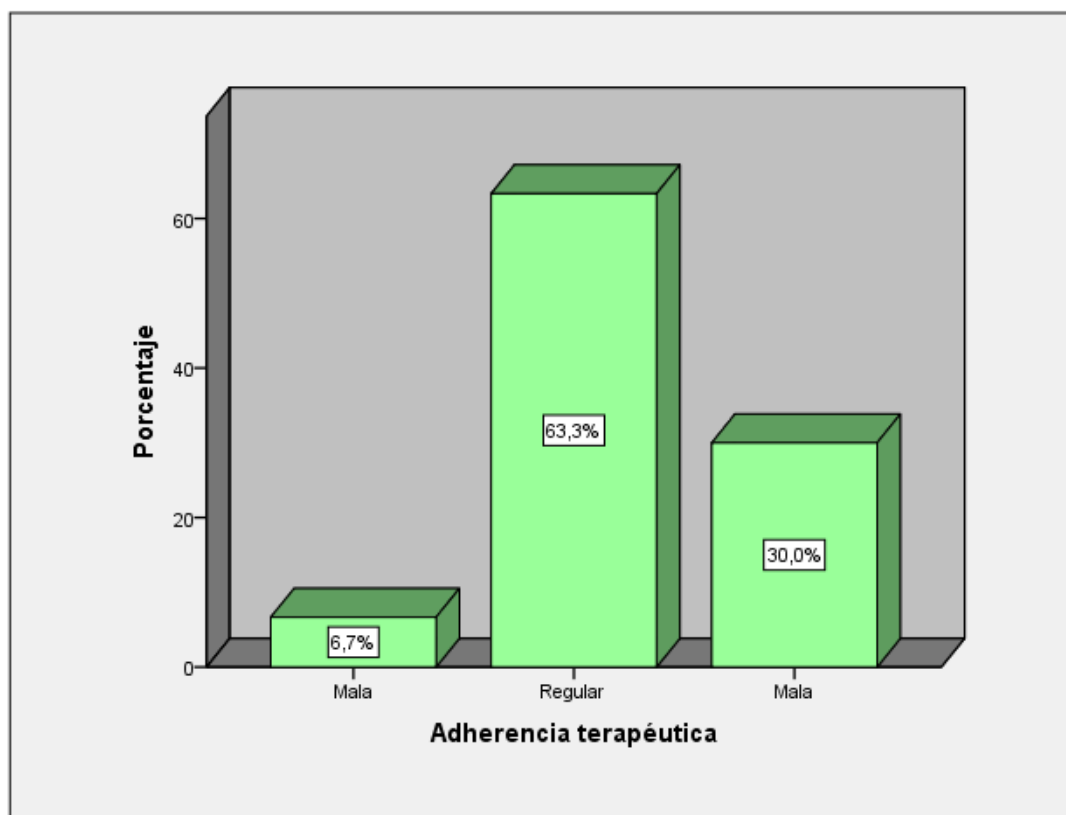


Figura 6. Niveles de la variable adherencia terapéutica

En la Tabla 16 y Figura 6, se encontró que el 6.7% presentan un nivel de mala adherencia, el 63.3% presentan nivel regular y el 30% presenta un nivel mala con respecto a la adherencia terapéutica.

Descripción de la dimensión Tomar el medicamento

Tabla 17

Niveles de la dimensión Tomar el medicamento

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	2	3,3
	Regular	33	55,0
	Buena	25	41,7
	Total	60	100,0

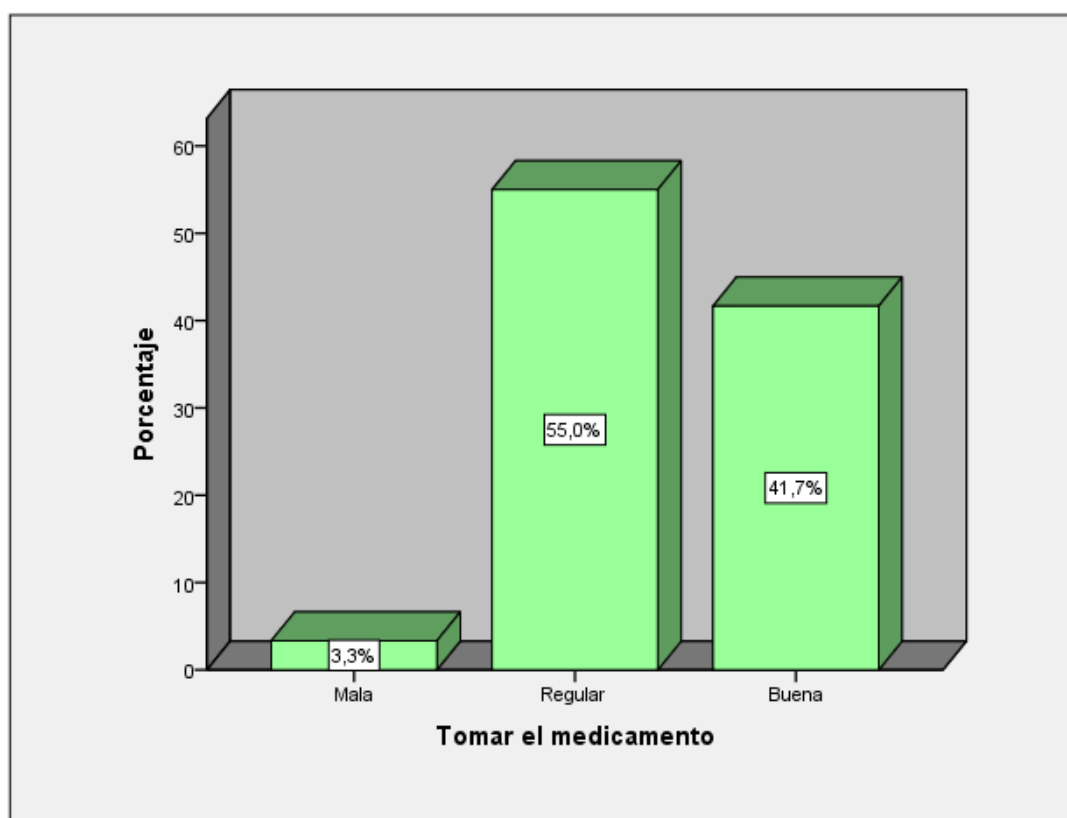


Figura 7. Niveles de la dimensión Tomar el medicamento

En la Tabla 17 y Figura 7, se encontró que el 3.3% presentan un nivel de mala adherencia al tomar el medicamento, el 55% presentan nivel regular y el 41.7% presenta un nivel buena adherencia terapéutica al tomar el medicamento.

Descripción de la dimensión régimen alimentario

Tabla 18

Niveles de la dimensión régimen alimentario

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Regular	32	53,3
	Buena	28	46,7
	Total	60	100,0

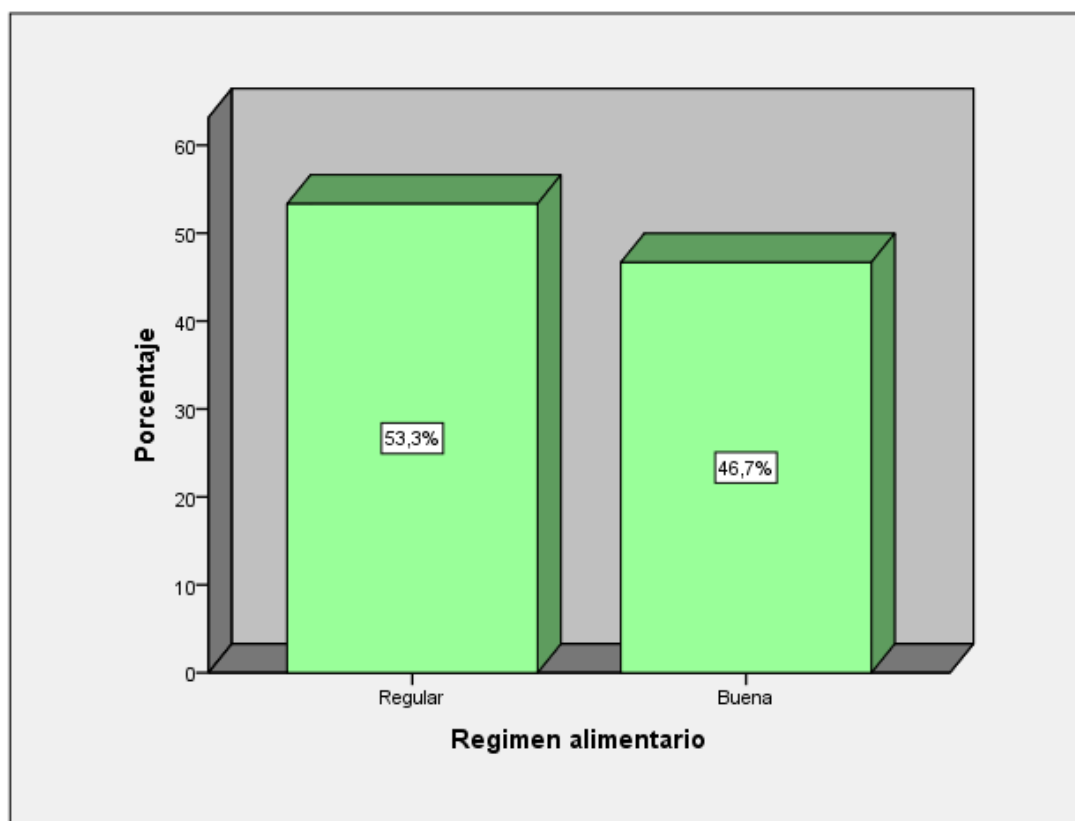


Figura 8. Niveles de la dimensión régimen alimentario

En la Tabla 18 y Figura 8, se encontró que el 53.3% presentan un nivel de regular y el 46.7% presenta un nivel buena adherencia terapéutica al régimen alimentario.

Descripción de la dimensión ejecutar cambios del modo de vida

Tabla 19

Niveles de la dimensión ejecutar cambios del modo de vida

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala	15	25,0
	Regular	45	75,0
	Total	60	100,0

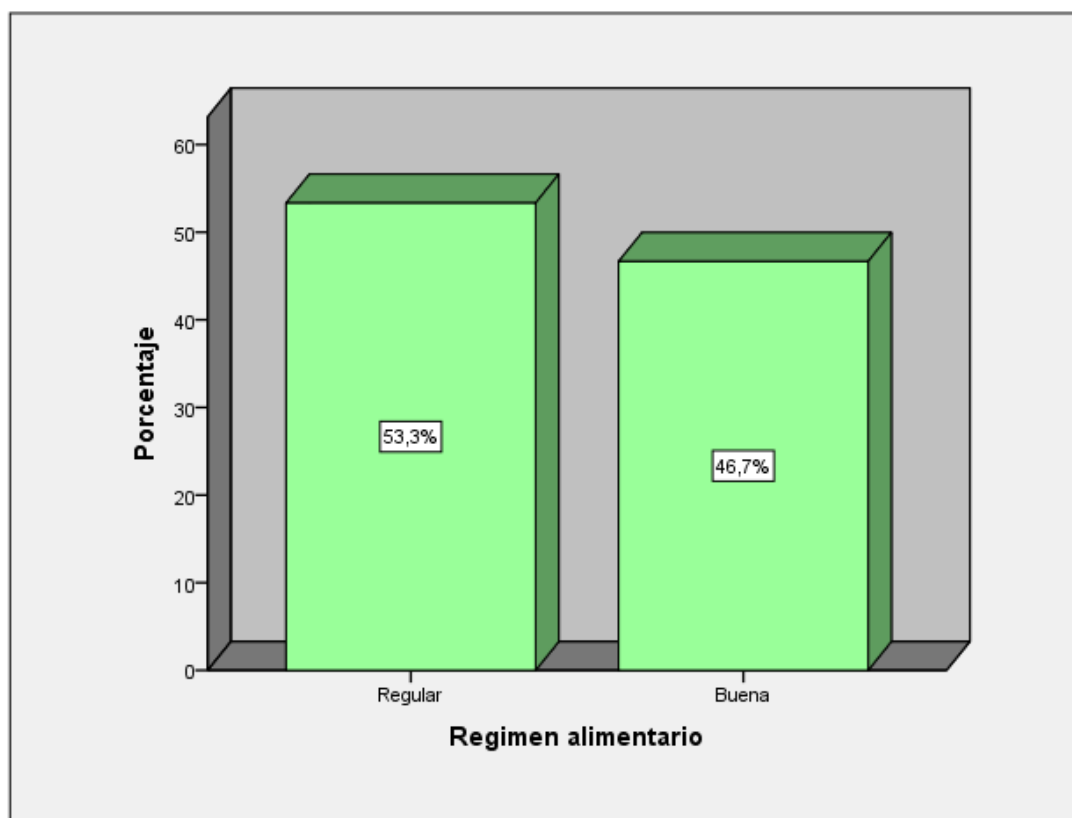


Figura 9. Niveles de la dimensión ejecutar cambios del modo de vida

En la Tabla 19 y Figura 9, se encontró que el 53.3% presentan un nivel de regular y el 46.7% presenta un nivel buena adherencia terapéutica al ejecutar cambios del modo de vida.

3.2 Contrastación de hipótesis

En la contratación de las hipótesis, se usó la correlación de Rho de Spearman y esta prueba estadística es adecuada para ver las relaciones entre variables cualitativas.

Prueba de hipótesis general

Hipótesis de investigación

Ho: No existe relación significativa entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Ha: Existe relación significativa entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Prueba estadística

Coefficiente de correlación de Rho de Spearman

Región crítica

Bilateral

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Tabla 20

Correlación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares

Correlaciones

		Apoyo social		Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Apoyo social	Coeficiente de correlación	1,000	,496**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	60	60
	Adherencia terapéutica	Coeficiente de correlación	,496**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 20, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: la muestra informó que es significativa al nivel 0,01, con una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$); por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.496** interpretándose como moderada relación positiva entre las variables.

Hipótesis específicas

Primera hipótesis específica

Ho: No existe relación significativa entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Ha: Existe relación significativa entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Prueba estadística Coeficiente de correlación de Rho de Spearman

Regla de decisión: Si $\rho < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Tabla 21

Correlación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes SIS con lesiones medulares

Correlaciones

			Apoyo social	Tomar el medicamento
Rho de Spearman	Apoyo social	Coefficiente de correlación	1,000	,373**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	60	60
	Tomar el medicamento	Coefficiente de correlación	,373**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 21, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: la muestra informó que es significativa al nivel 0,01, con una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$); por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.373** interpretándose como baja relación positiva entre las variables.

Segunda hipótesis específica

Ho: No existe relación significativa entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Ha: Existe relación significativa entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Prueba estadística

Coefficiente de correlación de Rho de Spearman

Regla de decisión: Si $\rho < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Tabla 22

Correlación entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017

Correlaciones

		Apoyo social		Régimen alimentario
Rho de Spearman	Apoyo social	Coefficiente de correlación	1,000	,519
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	60	60
	Régimen alimentario	Coefficiente de correlación	,519**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	60.
		N	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 22, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: Al 5% de nivel de significancia, la muestra informó que es significativa al nivel 0,01, con una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$); por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.519** interpretándose como moderada relación positiva entre las variables .

Tercera hipótesis específica

Ho: No existe relación significativa entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Ha: Existe relación significativa entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Prueba estadística Coeficiente de correlación de Rho de Spearman

Regla de decisión: Si $\rho < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Tabla 23

Correlación entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes SIS con lesiones medulares

Correlaciones

				Apoyo social	Ejecutar cambios del modo de vida
Rho de Spearman	Apoyo social	Coeficiente de correlación		1,000	,339**
		Sig. (bilateral)		.	,008
		N		60	60
	Ejecutar cambios del modo de vida	Coeficiente de correlación		,339**	1,000
		Sig. (bilateral)		,008	.
		N		60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 23, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: la muestra informó que es significativa al nivel 0,01, con una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$); por lo que se rechaza la hipótesis nula. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.339** interpretándose como baja relación positiva entre las variables .

IV. Discusión

En la presente tesis se investigó la relación entre las variables apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe relación significativa entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017; coincidiendo con Martín y Pérez (2015) quienes encontraron que la adherencia al tratamiento en la población estudiada se manifestó en sus tres niveles con un predominio del nivel parcial de adherencia. El apoyo social es insuficiente y la ayuda recibida no satisface. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Prevalece la inseguridad en relación con la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro y Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría y Orozco (2016) encontraron los resultados evidenciaron que el impacto del apoyo emocional fue el más representativo de todas las dimensiones psicosociales del MOS y que más de la mitad de la muestra tuvo una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo a nivel farmacológico. En conclusión, podría decirse que distintos factores psicosociales pueden tener un grado significativo de influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con hipertensión arterial .

Los niveles moderados de la variable apoyo social encontrados en la presente investigación, coinciden con los encontrados por Huahuachampi (2016) se encuentra básicamente en el rango de 0 a 5 personas (83.6%), el Apoyo

Emocional y las Relaciones Sociales de Ocio y Distracción se encuentran en el nivel medio (47.8% y 40.3% respectivamente), mientras que la Ayuda Material e Instrumental y el Apoyo Afectivo (73.1% y 71.6% respectivamente) se encuentran en el nivel alto . En relación al Apoyo Social total, este se encuentra dentro del nivel medio (59.7%). Finalmente, existe relación estadísticamente significativa entre el Apoyo Social y Adherencia Terapéutica en personas con IRC sometidos a hemodiálisis, puesto que mientras mayor sea el apoyo mejor será la adherencia . A nivel nacional, al igual que Sierralta (2015), Se encontraron relaciones directas y significativas entre el espíritu de lucha y los tres tipos de apoyo social percibido: emocional/ informacional ($r_s=.22$; $p=.04$), afectivo ($r_s=.29$; $p=.01$) e instrumental ($r_s=.29$; $p=.01$), así como relaciones inversas entre el estilo desamparo/ desesperanza y también los tres tipos de apoyo mencionados: emocional/ informacional ($r_s=-.29$; $p=.01$), afectivo ($r_s=-.31$; $p=.00$) e instrumental ($r_s=-.32$; $p=.00$) . De igual modo se encontró también una diferenciación en el uso de los estilos de ajuste de acuerdo al nivel de instrucción así como una relación significativa y directa entre el estilo desamparo/ desesperanza y la edad de los pacientes . Se concluye que a mayor apoyo, mayor adaptación a la enfermedad y viceversa, de tal manera que es posible implementar intervenciones con la finalidad de lograr una mejor adaptación a la enfermedad. Coincidiendo también con Villalobos (2015), recomendó en establecer programas preventivos-promocionales que propicien el fortalecimiento de las redes formales e informales en la cual se incluya al adulto mayor. A los responsables de este Centro de salud , realizar talleres de concientización a la población sobre la importancia del apoyo social que se le debe brindar al adulto mayor, haciendo hincapié en los beneficios que genera un buen soporte familiar y social para las personas de la tercera edad. Para así, contribuir al cambio del paradigma cultural donde la vejez tenga una relación directa con la enfermedad, la falta de productividad y la dependencia, por lo que se debe considerar al adulto mayor como una persona autónoma, productiva y trabajadora.

Los niveles moderados de adherencia terapéutica, la investigación de Newball (2015) con respecto a Adherencia terapéutica se verificó que casi la mitad (43,1%) presentó un nivel de adherencia terapéutica de bajo a crítico, cuyos aspectos importantes deben ser considerados por los gestores de salud en esta

comunidad, a fin de mejorar la atención e incrementar y los índices de adherencia terapéutica .

Además, Henao-Lema y Pérez-Parra (2016) encontraron que se encontró correlación significativa, entre el componente ambiental de la discapacidad con la adherencia global y sus factores socio-económico, equipo de asistencia sanitaria, tratamiento y paciente y, por el otro, entre el dominio ambiental de la CVRS con la adherencia global y todos sus factores. El estudio aportó que con personas con dolor lumbar, los niveles más altos de adhesión predicen significativamente la percepción del grado de rehabilitación alcanzada.

Es importante destacar las recomendaciones de Álvarez, et al. (2013) Quien recomienda los diferentes ejercicios comentados en esta guía además de las recomendaciones dadas por el médico que atiende al paciente para que la familia los ejecute, en cuanto a tipo de ejercicio, hora al cual se realizan, número de sesiones al día, intensidad del mismo, posturas recomendadas, instrucción en cambios de decúbito, y asistencia en los desplazamientos ; tomar en cuenta el Control en la Intensidad del ejercicio.

Metodológicamente, Quiroz (2012) validó un instrumento de la estructura factorial del SMAN resultado de esta investigación y los ítems que lo componen, muestran una fiabilidad satisfactoria demostrada a través de pruebas de consistencia interna donde se evidenció homogeneidad del instrumento, demostrando el grado con que los elementos que componen la escala miden el mismo concepto .

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe relación significativa entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017; coincidiendo con Espinoza y Olivera (2015) señalaron que el 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% no cumple por lo tanto existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($p= 0,0221$); asimismo existe relación altamente significativa entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico ($p= 0,0013$) . El aporte de la investigación fue que se deben considerar otros aspectos de la

problemática a la no adherencia como son las percepciones de los pacientes respecto de la enfermedad, el estigma, la influencia del entorno social y familiar .

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe relación significativa entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur, 2017; coincidiendo con Gomes, Foss de Freitas y Pace (2012) encontró El apoyo social tuvo correlación directa con la adhesión al tratamiento. Se observó correlación inversa entre adhesión al tratamiento no medicamentoso y índice de masa corporal, así como entre adhesión medicamentosa y presión arterial diastólica . No hubo asociaciones entre apoyo social y variables de control clínico-metabólico. Se concluye que el apoyo social podrá ser útil para obtener la adhesión a los tratamientos. Estudios con otros delineamientos deben ser desarrollados, a fin de ampliar el análisis de las relaciones entre apoyo social y otras variables .

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe relación significativa entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto de Salud Nacional de Lima sur 2017; coincidiendo con Ibarra, Pérez y Quintero (2016) encontró una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) es decir, que a mayor calidad de vida relacionada con la salud, menor es el grado de discapacidad; o que a mayor discapacidad, menor; es importante destacar que se vio influenciado por el factor relacionado con el usuario, es decir, esta persona siempre está dispuesta a participar de su rehabilitación, mientras que la de menor adherencia se debe al factor socio-económico; indicador determinante que afecta la continuidad de las terapias, la motivación en la mejoría de su condición de salud y por ende su calidad de vida.

Por otro lado, Murua (2015) concluye con un resumen integrador del papel de la fisioterapia en el manejo de los pacientes con lesión medular. El aporte más importante fue se realizaron ejercicios de control de tronco para integrar la funcionalidad de la mano en las AVD (actividades básicas de la vida diaria) y enseñanza de movilizaciones en cama de manera autónoma y Varela, Rivas

Amórtegui (2014) encontró que y el aporte fue que finalmente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendida como la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad o aplicación de un tratamiento sobre su bienestar físico, emocional y social y la discapacidad entendida como el proceso continuo de ajustes del individuo con una condición de salud específica entre sus capacidades, circunstancias en las que vive, expectativas y las exigencias de su entorno.

V. Conclusiones

Primera

Existe relación significativa entre el Apoyo social y adherencia terapéutica de pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017; ya que el $p = 0.00$ ($p < 0.05$) y Rho de Spearman = 0.496.

Segunda

Existe relación significativa entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017; ya que el $p = 0.00$ ($p < 0.05$) y Rho de Spearman = 0.373.

Tercera

Existe relación significativa entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017; ya que el $p = 0.00$ ($p < 0.05$) y Rho de Spearman = 0.519.

Cuarta

Existe relación significativa entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017; ya que el $p = 0.00$ ($p < 0.05$) y Rho de Spearman = 0.496.

VI. Recomendaciones

Recomendaciones

Primera

Se recomienda al Director del Instituto Nacional de Salud organizar una capacitación para los familiares sobre el apoyo emocional, material, de relaciones de ocio y distracción y apoyo afectivo, debido a que mejora los niveles de adherencia terapéutica.

Segunda

Se recomienda al Director del Instituto Nacional de Salud organizar una capacitación para los familiares sobre tomar el medicamento para que puedan tomar la medicina en los horarios adecuados, dosis correctas y la adecuación de horarios para garantizar la adherencia terapéutica.

Tercera

Se recomienda al Director del Instituto Nacional de Salud organizar una capacitación para los familiares sobre régimen alimentario y puedan cumplir las indicaciones relacionadas con la dieta que es un factor importante para garantizar la adherencia terapéutica.

Cuarta

Se recomienda al Director del Instituto Nacional de Salud organizar una capacitación para los familiares sobre ejecutar cambios del modo de vida y

garantizar la realización de ejercicios indicados para la recuperación y adherencia terapéutica.

VII. Referencias bibliográficas

Referencias

- Álvarez, B. J. (2002). *Estudio de la creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Editorial Trillas.
- Álvarez, et al. (2013). *Evaluación, manejo y rehabilitación del paciente con trauma raquimedular*. Recuperado de <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/TRAUMA-RAQUIMEDULAR.pdf>
- Baca, D. (2013). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3575/1/Baca_rd.pdf
- Barahona, M. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el área 1 Azogues-centro de salud No. 1 durante el año 2011-2012*. Recuperado de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3649/1/BARAHONA%20CABRERA%20MIREYA%20DE%20LA%20NUBE.pdf>
- Barra, E. (2002). *Psicología de la salud*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. (3ª.ed). Colombia: Pearson educación
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. México: El autor.

- Espinoza y Olivera (2015). *Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso, Chimbote*. (Tesis de la Universidad Nacional del Santa de Nuevo Chimbote).
- Fernández, C. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil, J. (2004). *Alimentación, actividad física y salud*. En: J. Gil (Dir). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gomes, L., Foss, M., Foss de Freitas, M. y Pace, A. (2012) Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol 20. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_08.pdf
- Haynes, R. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointment, and prescribed of the therapeutic regimen to improve compliance: conceptions and misconceptions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 22(2), 125-130.
- Huahuachampi, P. (2016). *Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a Hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería. Arequipa – Perú.
- Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*. 2010 [cited 2016 Oct 10];10(2):157-72. Recuperado de <https://goo.gl/5W8Byz>.
- Hernández, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación (6° ed.)*. México: McGraw-Hill.

Henao-Lema y Pérez-Parra. (2016). *Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular*. Revista de la Facultad de Medicina, Vol. 64(3). Recuperado de <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Supl.58937>

House, J. (1981). *Work stress and social support*. Usa: Addison Wesley Publishing company

Ibarra, Pérez y Quintero (2016). *Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Santiago de Cali, 2014*

INSH (1998). *El apoyo social*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

Jaureguizar, J. y Espina, A. (2005). *Enfermedad Física crónica y familia*. España: Editorial Libros en red. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=pGCugcqG9HQC&printsec=frontcov>

Lago, N. (2015). *Adherencia al tratamiento: responsabilidad de todos*. Recuperado de http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf

López, M. y Chacón, F. (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo*. España: Editorial Síntesis.

Marteau, T. (1993). *Health beliefs and attributions*. London: Chapman & Hall.

Newball, A. (2015). *Calidad de atención y adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial, del hospital san Jorge, Ayapel, Colombia*. Tesis de Magíster en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud. Universidad Peruana Unión. Lima, Perú.

- Martin, L. (2009). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 30(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
- Martin y Pérez (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana Salud Pública* 41(4) Ciudad de La Habana oct.-dic. 2015
- Montilla, E. (2015). *Viviendo la tercera edad. Un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento*. España: Editorial Clie
- Murua, I. (2015). *Lesión Medular. Tratamiento*. Recuperado de <http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/TFG/MuruaTFG.pdf>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- OMS (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Orcasita, L. (2010). *La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
- Orueta Sánchez R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29 (2), pp.40-48. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf

- Quiroz, M. (2012). *Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS*. Universidad autónoma de Manizales facultad de salud.
- Sackett, D. (1976). *Introduction. Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Sánchez, H y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Visión universitaria.
- Sierralta, L. (2015). *Ajuste Mental y Apoyo Social percibido en paciente con cáncer de tiroides*. (Tesis para obtener el título de psicóloga) PUCP, Perú.
- Valderrama, S. (2013). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. (2ª ed.). Lima: San Marcos.
- Varela, C., Rivas, O. y Amortegui, P. (2014). *Adherencia a procesos de neuro rehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Bogotá*. Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/930/1/Informe%20final%20Bogot%2B%C3%AD%20%20noviembre%2027%20de%202015%20final.pdf>
- Vilató, L., Martín, L., y Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana De Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernandez, H., Gaviria, A., Chavarría, F., y Orozco, O., (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial hospital de Antioquia. *Revista Informes psicológicos*, 8(1); pp. 124-4906.
- Villalobos, A. (2015). *Apoyo Social en los adultos mayores en un centro de Salud de José Leonardo Ortiz Chiclayo – 2014*

Anexos

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES						
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017?</p> <p>Problemas Específicos.</p> <p>Problema específico 1 ¿Cuál es la relación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017?</p> <p>Problema específico 2 ¿Cuál es la relación entre el apoyo social y el régimen alimentario en pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Objetivo específico 1 Determinar la relación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017</p> <p>Objetivo específico 2 Determinar la relación entre el apoyo social y el régimen alimentario en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre el apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017</p> <p>Hipótesis Específicos</p> <p>Hipótesis específica 1 Existe relación entre el apoyo social y tomar el medicamento en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017</p> <p>Hipótesis específica 2 Existe relación entre el apoyo y el régimen alimentario en los pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima sur, 2017</p> <p>Hipótesis específica 3 Existe relación entre el apoyo social y ejecutar cambios del modo de vida en los pacientes</p>	Variable 1: Apoyo social						
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango		
			Emocional	Sí tiene apoyo social	3,4,8,9,13,16,17 y 19	Cualitativo			
			Material		2,5,12 y 15	politémico	Alto	Medio	Bajo
			Relaciones sociales de Ocio y Distracción	No tiene apoyo social	7,11,14 y 18				
			Apoyo afectivo		6,10 y 20				
			Variable 2: adherencia terapéutica						
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango		

Anexo 2: Instrumentos de evaluación

Cuestionario 1: Apoyo social Medical Outcomes Study (MOS)

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. En pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrador; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones:

- a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía).
- b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse).
- c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica).
- d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

ESCALA DE MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que ocurre) Número de amigos íntimos o familiares... La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyos cuando lo necesita? Marque con un circulo uno de los números de cada fila.

Items	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La Mayoría de Veces	Siempre
	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15. Alguien que le ayude en sus tareas, domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quien divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

Cuestionario 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUESTIONARIO DE MARTINBAYARRE-GRAU (MBG).

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Datos del paciente:

A).- Nombre: _____ Afiliación: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Ocupación: _____ Nivel de escolaridad: _____
 Consultorio: _____ Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular.

Forma de selección	Siempre 4	Casi Siempre 3	A veces 2	Nunca 1
--------------------	--------------	-------------------	--------------	------------

AFIRMACIONES

	4	3	2	1
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.				
2. Se toma todas las dosis indicadas				
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta				
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas				
5. Realiza los ejercicios físicos indicados.				
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las				

actividades de su vida diaria				
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.				
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.				
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.				
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.				
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento				
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico				

Muchas gracias.

Anexo 3: Base de datos de confiabilidad

Variable: Apoyo social

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
1	2	3	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2
2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2	2
1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	3	2	2	3	1	2	2	3	2
3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2
1	2	3	3	1	2	2	1	2	3	3	1	2	2	1	2	3	3	1
1	1	2	2	2	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3
1	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2
3	1	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	3	3
1	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2
3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2
2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	4	3	3	3	3	2	2	3	2
2	3	3	3	5	3	5	5	2	4	4	3	3	3	3	3	3	5	4
2	3	3	5	5	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1	1	2	2	2	2	2	3	3	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3
2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
2	2	3	5	3	3	2	3	2	3	5	2	3	3	3	2	3	2	3
3	4	5	4	3	3	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	1	3	4
5	4	5	5	5	3	5	4	4	4	3	4	2	4	4	5	3	4	4
2	5	2	3	3	1	5	2	2	5	4	2	3	3	5	3	2	2	2
1	3	1	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	3	2	4
5	3	5	5	3	1	3	3	5	3	3	3	3	5	5	3	5	3	5
1	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	5	3	1	3
3	3	3	3	4	1	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3
2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3
2	2	3	3	3	1	2	3	3	4	3	3	3	3	5	2	5	2	3
3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4
3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3
4	5	3	3	3	5	3	3	5	4	4	3	3	3	5	3	3	5	4

FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

4

$$\alpha = \frac{K}{K-1} * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$$K = 19$$

$$K-1 = 18$$

$$\sum S_i^2 = 15.70556$$

$$S_T^2 = 128.2434$$

$$\alpha = \boxed{0.926}$$

de:

: Número de ítems

: Sumatoria de Varianzas de los ítems

: Varianza de la sumatoria de las valoraciones por ítem

: Coeficiente Alfa de Cronbach

n	P1	P2	P3	PP4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
1	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4
2	4	3	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3
3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4
4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4
5	3	2	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4
6	4	4	2	2	4	4	2	4	4	4	3	2
7	3	4	4	3	3	1	4	3	3	3	3	4
8	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4
9	3	3	3	2	4	1	2	4	3	3	3	3
10	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4
11	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3
12	4	2	4	3	2	4	2	4	3	4	3	4
13	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3
14	4	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3
15	4	3	2	2	1	3	2	1	3	3	3	3
16	4	2	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3
17	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4
18	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3
19	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
20	3	3	4	4	4	4	2	4	3	3	4	4
21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3
23	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4
26	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4
27	1	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3
28	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4
29	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4
30	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$$K = 12$$

$$K-1 = 11$$

$$\sum S_i^2 = 5.163333$$

$$S_T^2 = 23.12889$$

$$\alpha = \boxed{0.847}$$

Donde:

- K : Número de ítems
- $\sum S_i^2$: Sumatoria de Varianzas de los ítems
- S_T^2 : Varianza de la sumatoria de las valoraciones por ítem
- α : Coeficiente Alfa de Cronbach

Anexo 4: Base de datos

3	4	8	9	13	16	17	19	D1	2	5	12	15	D2	7	11	14	18	D3	6	10	20	D4	V1
2	2	2	2	3	2	3	2	18	1	4	2	2	9	3	2	3	3	11	3	3	4	10	48
4	3	3	3	2	2	4	3	24	4	3	2	3	12	3	2	2	2	9	2	2	2	6	51
3	2	2	4	2	4	2	4	23	3	2	2	4	11	4	3	3	3	13	3	3	4	10	57
2	2	3	2	3	4	3	5	24	2	2	2	3	9	3	2	2	2	9	5	2	2	9	51
4	3	5	3	2	2	2	4	25	3	2	4	4	13	4	5	3	3	15	3	3	4	10	63
4	2	3	2	2	5	2	3	23	4	2	5	4	15	3	4	2	2	11	4	2	5	11	60
2	3	2	3	2	2	3	2	19	3	2	3	2	10	2	2	2	2	8	3	1	3	7	44
1	1	3	2	2	2	2	2	15	2	1	4	5	12	5	2	2	2	11	4	2	1	7	45
4	3	1	2	2	4	1	3	20	4	2	3	3	12	2	3	3	4	12	2	2	2	6	50
4	3	5	3	3	4	3	3	28	3	4	3	3	13	4	3	2	3	12	4	4	3	11	64
5	3	4	3	3	3	5	4	30	3	4	5	3	15	5	5	4	3	17	4	3	2	9	71
2	2	2	2	2	1	2	4	17	2	2	2	2	8	2	3	4	2	11	1	3	2	6	42
2	4	2	3	4	2	3	4	24	4	2	4	3	13	3	4	3	4	14	3	2	4	9	60
4	2	2	2	3	2	5	3	23	5	2	2	4	13	2	5	2	4	13	3	2	4	9	58
2	2	3	2	2	2	3	2	18	2	3	1	2	8	4	2	2	3	11	2	3	1	6	43
4	3	4	3	5	2	2	3	26	4	2	4	3	13	5	4	3	4	16	5	3	3	11	66
4	3	1	4	1	1	3	2	19	1	2	3	3	9	3	1	2	1	7	3	2	2	7	42
1	2	2	3	2	3	2	2	17	4	2	3	1	10	3	2	2	3	10	3	3	2	8	45
5	3	3	2	5	2	4	3	27	3	2	3	5	13	2	2	3	4	11	4	3	5	12	63
2	2	4	1	3	2	2	3	19	2	2	2	3	9	2	3	3	2	10	3	2	3	8	46
1	3	2	3	2	2	3	2	18	1	3	2	2	8	1	2	2	2	7	3	3	3	9	42
2	1	2	3	3	2	3	3	19	2	3	2	2	9	2	3	3	2	10	3	3	3	9	47
3	4	5	4	5	5	2	5	33	4	5	3	3	15	5	3	3	5	16	3	5	3	11	75
5	3	5	3	2	3	3	4	28	5	2	4	3	14	3	2	2	4	11	4	3	2	9	62
5	3	3	1	3	4	3	4	26	5	3	1	5	14	5	1	4	4	14	1	4	3	8	62
4	2	2	2	2	2	3	3	19	2	2	3	2	9	2	2	2	3	9	4	2	2	8	45
3	3	2	2	3	3	2	2	20	3	2	2	3	10	5	2	2	3	12	3	2	2	7	49
4	4	2	4	1	4	3	3	25	4	2	4	4	14	2	2	4	4	12	2	4	5	11	62
2	1	3	3	2	3	2	2	18	2	2	3	2	9	3	2	3	3	11	3	3	2	8	46
4	4	2	2	2	4	4	5	27	2	3	3	3	11	4	3	3	4	14	3	3	3	9	61

2	3	3	3	4	5	2	3	25	4	4	4	5	17	1	2	4	5	12	5	2	3	10	64
3	4	5	5	3	4	3	4	31	2	3	4	2	11	4	2	3	4	13	3	3	4	10	65
2	3	2	2	1	3	2	2	17	2	2	1	3	8	2	2	1	3	8	3	1	3	7	40
3	4	3	3	2	2	2	4	23	4	2	2	3	11	4	2	2	4	12	2	1	3	6	52
2	1	3	3	3	2	3	1	18	3	2	2	3	10	2	1	2	3	8	2	2	1	5	41
5	3	4	1	4	4	1	4	26	4	3	1	4	12	2	2	5	4	13	3	3	2	8	59
5	3	3	4	4	3	3	3	28	5	4	4	2	15	2	5	3	3	13	2	3	3	8	64
3	4	4	3	3	4	3	3	27	3	5	3	5	16	3	3	4	3	13	3	3	1	7	63
2	4	3	2	2	3	4	2	22	3	4	5	4	16	4	2	3	4	13	4	3	4	11	62
2	3	4	4	1	4	3	3	24	4	3	1	3	11	5	2	1	3	11	4	3	3	10	56
4	2	1	2	3	2	4	4	22	2	2	4	3	11	2	3	2	4	11	2	3	4	9	53
5	4	3	3	2	3	2	4	26	4	2	4	4	14	3	3	3	4	13	5	3	4	12	65
4	3	3	3	3	4	3	5	28	2	5	3	5	15	4	5	1	4	14	3	4	4	11	68
4	3	4	1	1	4	2	2	21	3	3	2	4	12	4	2	1	4	11	2	3	2	7	51
3	4	4	2	2	3	3	4	25	4	2	5	3	14	4	2	2	3	11	3	2	5	10	60
4	5	3	3	2	3	4	3	27	3	5	4	5	17	3	4	3	4	14	3	2	4	9	67
3	3	2	2	2	2	3	1	18	4	4	4	3	15	2	3	5	2	12	3	5	4	12	57
4	4	3	4	3	3	4	4	29	5	5	4	3	17	2	2	5	4	13	4	2	3	9	68
3	2	2	2	2	4	3	2	20	5	4	3	3	15	4	5	4	5	18	3	4	3	10	63
4	4	5	2	3	3	4	3	28	3	4	4	3	14	2	3	3	4	12	4	2	4	10	64
5	4	5	3	3	1	3	3	27	3	3	5	4	15	3	3	4	4	14	2	4	3	9	65
5	4	3	2	4	2	2	4	26	4	2	1	2	9	4	4	1	3	12	3	3	4	10	57
4	5	3	3	4	3	4	4	30	5	3	3	4	15	5	2	4	2	13	3	4	4	11	69
5	3	3	2	5	5	5	5	33	3	4	3	4	14	4	2	4	2	12	4	5	4	13	72
4	5	4	3	4	4	3	5	32	5	3	4	4	16	5	4	2	3	14	4	4	3	11	73
4	3	3	2	1	2	2	4	21	3	4	1	3	11	3	3	3	2	11	5	5	4	14	57
4	3	2	3	4	2	2	2	22	4	5	2	5	16	2	4	5	5	16	4	3	5	12	66
3	2	2	2	3	4	3	1	20	5	2	3	3	13	5	2	2	2	11	2	2	2	6	50
2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	3	2	1	8	3	1	2	4	10	2	3	2	7	41
3	1	1	4	2	2	3	3	19	3	3	3	3	12	2	2	4	2	10	1	4	3	8	49

Condición	1	2	3	8	D1	4	5	6	7	D2	9	10	11	12	D3	V2
SIS NRUS (SIS Emprendedor	4	2	3	3	12	3	4	4	2	13	3	2	4	2	9	34
SIS	3	4	4	3	14	4	3	3	3	13	4	3	3	3	10	37
SIS	2	3	3	3	11	3	2	3	4	12	2	2	3	2	7	30
SIS Independient	3	4	3	4	14	4	2	2	2	10	3	2	3	2	8	32
SIS	4	4	4	2	14	4	3	4	2	13	3	2	2	2	7	34
SIS	3	3	3	3	12	3	3	2	3	11	4	4	3	4	11	34
SIS	3	2	2	2	9	2	2	2	2	8	3	2	2	2	7	24
SIS	4	2	3	3	12	3	3	4	3	13	4	4	3	4	11	36
SIS	3	3	3	4	13	3	2	3	3	11	3	2	2	2	7	31
SIS	4	2	3	3	12	2	2	4	3	11	2	3	2	3	7	30
SIS	3	3	4	4	14	3	4	3	3	13	3	4	3	4	10	37
SIS	1	2	3	3	9	2	3	2	1	8	2	1	2	1	5	22
SIS	3	3	3	3	12	4	3	3	4	14	3	3	4	3	10	36
SIS	3	3	2	2	10	4	3	2	3	12	4	3	3	3	10	32
SIS	4	3	4	2	13	2	3	2	1	8	3	4	2	4	9	30
SIS	4	3	3	3	13	3	4	3	3	13	2	3	2	3	7	33
SIS	2	2	1	3	8	1	3	3	2	9	3	3	1	3	7	24
SIS	3	2	2	2	9	3	3	2	2	10	2	2	3	2	7	26
SIS	2	4	2	4	12	4	4	3	2	13	3	3	4	3	10	35
SIS	4	3	3	3	13	2	4	4	3	13	2	3	2	3	7	33
SIS	3	2	4	4	13	3	3	3	3	12	3	4	3	4	10	35
SIS	2	3	3	4	12	3	2	2	3	10	4	2	4	2	10	32
SIS	4	3	3	3	13	4	4	3	3	14	3	4	3	4	10	37
SIS	3	3	2	3	11	2	3	4	3	12	4	4	2	4	10	33
SIS	4	4	3	3	14	3	2	3	4	12	3	3	4	3	10	36
SIS	3	3	2	4	12	2	4	3	3	12	4	3	2	3	9	33
SIS	2	2	2	4	10	1	4	2	2	9	2	4	3	4	9	28
SIS	3	3	3	3	12	4	4	3	3	14	3	4	3	4	10	36
SIS	4	3	4	4	15	3	3	3	3	12	2	2	3	2	7	34
SIS	2	4	2	3	11	3	2	2	3	10	4	3	3	3	10	31

SIS	2	3	3	4	12	4	4	3	2	13	3	4	3	4	10	35
SIS	3	3	3	3	12	3	3	4	3	13	3	3	4	3	10	35
SIS	1	3	1	2	7	3	1	2	3	9	2	2	2	2	6	22
SIS	2	4	3	3	12	3	3	3	4	13	2	3	2	3	7	32
SIS	3	2	1	1	7	2	1	2	3	8	1	2	3	2	6	21
SIS	3	3	4	2	12	3	4	3	4	14	3	3	3	3	9	35
SIS	4	4	2	3	13	3	4	4	3	14	4	3	3	3	10	37
SIS	2	4	3	3	12	3	3	3	4	13	4	2	2	2	8	33
sís	3	4	4	4	15	3	4	4	2	13	4	3	3	3	10	38
SIS	2	2	3	4	11	4	3	4	3	14	3	3	4	3	10	35
SIS	4	4	3	3	14	4	3	4	4	15	3	4	4	4	11	40
S Independien	4	4	4	3	15	3	2	3	3	11	2	4	4	4	10	36
61 años	3	3	4	4	14	3	4	3	4	14	3	3	3	3	9	37
SIS	3	4	4	2	13	4	3	2	4	13	4	3	4	3	11	37
SIS	4	2	3	4	13	3	3	3	3	12	4	4	2	4	10	35
SIS	3	3	4	3	13	4	4	2	4	14	2	3	3	3	8	35
SIS	3	3	3	3	12	2	4	2	3	11	3	4	2	4	9	32
46 años	3	2	2	4	11	3	4	3	3	13	3	4	2	4	9	33
SIS	4	3	4	3	14	4	2	4	4	14	4	3	3	3	10	38
SIS	3	3	4	3	13	3	3	3	3	12	3	2	4	2	9	34
SIS	4	4	3	3	14	2	3	4	3	12	4	3	3	3	10	36
SIS	4	3	3	4	14	2	3	4	4	13	3	4	2	4	9	36
SIS	3	4	2	3	12	4	2	3	3	12	2	3	3	3	8	32
SIS	2	3	4	3	12	4	4	2	2	12	4	3	2	3	9	33
SIS	4	4	2	3	13	3	4	4	3	14	4	3	4	3	11	38
SIS	4	2	3	3	12	4	3	4	4	15	3	4	4	4	11	38
SIS	3	3	3	2	11	2	2	3	4	11	3	2	3	2	8	30
SIS	2	3	3	3	11	2	3	3	2	10	2	3	3	3	8	29
SIS	3	2	2	2	9	1	2	3	2	8	3	1	2	1	6	23
SIS	4	1	4	3	12	3	2	2	3	10	3	3	2	3	8	30



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Rosay, M. Mercedes, Medicina Cochabamba
D.N.I.: 21526683
Domicilio: H. Z. A. Lot. 21
Teléfono: Fijo: 3334213 Móvil: 946567529
E-mail: merleginme@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[] Tesis de Pregrado

Facultad:
Escuela:
Carrera:
Título:

[x] Tesis de Posgrado

[x] Maestría

[] Doctorado

Grado: Maestría
Mención: Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Dr. Rosay Mercedes Medina Cochabamba

Título de la tesis:

Apoyo social y adherencia terapéutica de Pacientes con lesiones medulares atendidos con SIS del Instituto Nacional de Salud Lima Sur. 2017

Año de publicación: Año 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma:

[Handwritten signature]

Fecha:

12/09/18



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



1104-18
Yolvi Ocaña

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

Visto Bueno para la tesis
31/08

ESCUELA DE POSGRADO

Rosa Mookeny Medina Cucho
(Nombres y apellidos del solicitante)

con DNI N° 21526683
(Número de DNI)

domiciliado (a) en H. A. lote 21 Asoc Victor Raul Haza de la Torre Ind
(Calle / Lote / N.º / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2017 del programa: Maestría en Gestión de Servicios de Salud
(Promoción) (Nombre del programa)
de Salud identificado con el código de matrícula N° 07901113290
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Que habiendo culminado la Maestría en Gestión de los Servicios de Salud y habiendo suscitado el 15/08/2018 el informe a Ud. el visto bueno para la tesis

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se me atienda mi petición por ser de justicia.



Lima, 21 de Agosto de 2018

(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a. al tesis concluida
- b. copia de Resolución Directoral
- c. copia del Dictamen
- d. copia de Acta de Apoderamiento

el tesis concluida

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfonos: 946567529

Email: molgimene@hotmail.com



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Jorge G. Laguna Velazco, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "Apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto Nacional de Salud Lima Sur, 2017" de la estudiante **Rosa Marleny Medina Cucho**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El que suscribe analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 17 de marzo del 2018

Jorge G. Laguna Velazco

DNI:20072507

Resumen de coincidencias

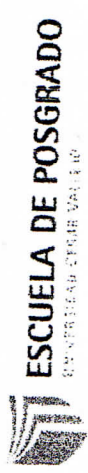
16 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

1	Entre gado a Universidad	9 %
2	repositorio open.edu.pe	1 %
3	www.siafa.com.ar	1 %
4	donclayer.es	1 %
5	www.redalyc.org	1 %
6	repositorio.unsa.edu.pe	1 %



Apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes SIS con lesiones medulares de un Instituto Nacional de Salud Lima Sur, 2017

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestría en Gestión de Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Rosa Marleny Medina Cucho

ASESOR:

Dr. Iquma Velazco Jorge Gonzalo